UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 — N° 131

L'ŒUVRE MÉDICALE FRANÇAISE AU MAROC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 1er Juillet 1953

PAR

Michel-Jacques THIERRY

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
CROIX DE GUERRE 1939-1945

Né à Casablanca (Maroc), le 28 Juin 1924

Examinateurs de la Thèse

MM. PIÉCHAUD, professeur..... *Président*
DUBECQ, professeur.....
BROUSTET, professeur..... *Juges*
LACHAPÈLE, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, Place de la Victoire

1953

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 — N° 131

L'ŒUVRE MÉDICALE FRANÇAISE AU MAROC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 1er Juillet 1953

PAR

Michel-Jacques THIERRY

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
CROIX DE GUERRE 1939-1945

Né à Casablanca (Maroc), le 28 Juin 1924

Examinateurs de la Thèse

MM. PIÉCHAUD, professeur..... *Président*
DUBECQ, professeur.....
BROUSTET, professeur..... *Juges*
LACHAPÈLE, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, Place de la Victoire
—
1953

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE.
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX / BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN / MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale.	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants.	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique.	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	M^lle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER / QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	DUBARRY / F.-J.TRAISSAC / BERGOUIGNAN / LENG-LÉVY / LAVIGNOLLE / MORETTI
Chirurgie générale	LAUMONIER / CHAVANNAZ / VILLAR / TINGAUD / DEPAULIS

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE / FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

AGRÉGÉ LIBRE :

M. MAHON (Obstétrique).

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	DUFOUR
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER / PÉRY
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI / COUSTOU
Anatomie	CABANIÉ

	MM.
Cryptogamie	LAUBIE
Pharmacie galénique	N...
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER / VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE,

Mon premier Maître.
Inspirateur et artisan de cette thèse.
Témoignage de ma grande affection.

A MA MÈRE

Sa fidèle compagne qui a connu avec lui la vie rude du bled et l'a secondé dans sa tâche.
Témoignage de mon affection.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

Témoignage de mon indéfectible amitié.

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES ANCIENS COMPAGNONS DE LA 2e D. B.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 2e CLASSE GALIACY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

MÉDAILLE DE LA RÉSISTANCE

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 1re CLASSE SIMON

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE LA MARINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER D'ACADÉMIE

MÉDAILLE D'ARGENT DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE

A NOS PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

Il m'est en outre un agréable devoir de remercier ici ceux qui m'ont aidé dans mes recherches :

MONSIEUR LE DOCTEUR SICAULT

DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE AU MAROC

Qui a bien voulu que cette thèse fût écrite.
Hommage de mon respect.

MONSIEUR LE DOCTEUR SANGUY

SOUS-DIRECTEUR DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE AU MAROC

Qui nous a ouvert toutes les portes et tous les dossiers.

MONSIEUR LE DOCTEUR GERMAIN

ANCIEN MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE

Un de nos Maîtres et un ami.

MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DUVAL

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE AU MAROC

Qui nous a prodigué ses conseils et nous a permis de faire nos recherches.

MONSIEUR YUNG

CHEF DU BUREAU DES STATISTIQUES
DU SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE AU MAROC

MONSIEUR PÉREZ

ADJOINT AU CHEF DU BUREAU DES STATISTIQUES

TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉ DANS MON TRAVAIL

A LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE
ET AU BUREAU D'HYGIÈNE A RABAT

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. P. LACHAPÈLE

ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX
DIRECTEUR DU CENTRE ANTICANCÉREUX DE BORDEAUX
ET DU SUD-OUEST
MEMBRE DE LA COMMISSION DU CANCER
CONSEIL PERMANENT DE L'HYGIÈNE SOCIALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDAILLE MILITAIRE
CROIX DE GUERRE
OFFICIER D'ACADÉMIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BROUSTET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DES HÔPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Nous avons bénéficié de son enseignement.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR X.-J. DUBECQ

PROFESSEUR DE CLINIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE
DOCTEUR ÈS SCIENCES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
COMMANDEUR DE L'ORDRE DU OUISSAM-ALAOUÏTE CHÉRIFIEN

Qui a le grand mérite d'avoir organisé l'enseignement de la première année des études de l'Odonto-Stomatologie au Maroc.
Hommage respectueux.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PIÉCHAUD

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

FELLOW IN THE AMERICAN COLLEGE OF THE CHEST PHYSICIANS

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.
Hommage de notre profond respect.

L'ŒUVRE MÉDICALE FRANÇAISE
AU MAROC

INTRODUCTION

Depuis longtemps, et tout récemment encore, le Maroc a pris dans le Monde une importance de premier plan, mais c'est là affaires de diplomates, de stratèges et de politiciens, dont le Maroc lui-même, au point de vue social, économique et moral, vraisemblablement, ne tirera guère profit.

Il faudrait être d'une insigne mauvaise foi pour contester à la France l'œuvre grandiose réalisée au Maroc au cours de ces quarante années. Peu de peuples, dans le Monde, peuvent se vanter d'un travail aussi considérable et magnifique en matière de colonisation.

D'un pays livré à l'anarchie et à la rivalité entre tribus ne reconnaissant nullement l'autorité du Sultan, pays sans routes, sans chemins de fer, sans ports, pays ravagé par la famine, la guerre, les endémies et les épidémies aussi meurtrières que la famine et la guerre dont elles étaient souvent la conséquence, la France a fait un pays moderne qui force l'admiration de tous ceux, Français de la Métropole et étrangers, qui le visitent nombreux, attirés par son climat, par ses sites variés, pays dont la France a su mettre au jour la richesse de ses mines, la fécondité de son sol, et donner à ses habitants un niveau de vie matérielle inconnu jusque-là.

Mais ce qu'on ignore encore trop, c'est l'effort du médecin, son rôle dans le développement général du pays, dans

la pénétration pacifique, dans la compréhension des rapports entre Français et Marocains. Pourtant, c'est l'action du médecin qui a permis souvent d'occuper pacifiquement des régions insoumises, où lui seul pouvait pénétrer, du fait de sa profession, montrant, tout en donnant ses soins, l'esprit pacifique et profondément humain de la France. C'est lui qui a permis les grandes entreprises en veillant sur les travailleurs, en garantissant leur santé et leur vie contre les endémies et les épidémies, en protégeant par une action incessante le « capital humain ». C'est lui encore qui a permis le développement démographique de ce pays, en luttant contre la syphilis, la tuberculose, la mortalité infantile, jadis abandonnées à l'action empirique et combien vaine des guérisseurs, sorciers et matrones.

Né au Maroc, où mon père exerce la médecine depuis 1913, y ayant passé toute mon enfance et toute mon adolescence, ayant assisté au développement de ce pays, toujours en mal de croissance, ayant entendu raconter les anecdotes du « Vieux Maroc », ayant connu beaucoup de médecins qui en furent les acteurs, j'ai pensé qu'une étude sur cette œuvre de la médecine française au Maroc pouvait être le sujet de ma thèse inaugurale.

De plus, en choisissant ce sujet, je crois remplir un devoir de reconnaissance vis-à-vis de la Faculté de Bordeaux à laquelle je dois ma formation médicale. Le Maroc fait partie de sa circonscription universitaire; nos Maîtres y sont un peu chez eux. La Faculté de Médecine a formé un grand nombre — et non des moindres — de médecins du Maroc. Nos Maîtres y sont parfaitement honorés quand ils s'y rendent, et les conférences qu'ils veulent bien y donner obtiennent le plus vif succès.

Il m'a paru utile, qu'à tant de titres divers, il y eût dans cette Faculté, plus que dans aucune autre, un document sur l'Œuvre médicale française au Maroc, œuvre à laquelle tant de ses fils spirituels ont contribué.

Je tiens à manifester ma reconnaissance à M. le Profes-

seur Piéchaud qui a bien voulu me faire l'honneur de présider ma thèse et m'encourager dans ce modeste travail. Qu'il soit ici profondément et sincèrement remercié.

Un tel travail demande des recherches dans les archives. Celles du Service de Santé et de la Famille au Maroc m'ont été largement ouvertes par M. le Docteur Sicault, Directeur de ce service (et ancien élève de la Faculté de Bordeaux) et par son adjoint, M. le Docteur Sanguy, qui m'ont donné toutes facilités pour mes recherches statistiques. Qu'ils me permettent de leur adresser mes vifs remerciements.

J'ai été guidé également dans mon travail par mon père, heureux de me voir choisir la carrière médicale, continuant ainsi une tradition familiale (mon grand-père maternel était médecin). Il a connu presque tous les précurseurs de l'Œuvre médicale française au Maroc. Parti terminer son service militaire au Maroc, en 1913, il y fut retenu jusqu'à fin 1917 et y connut la vie passionnante de médecin du bled. Après un séjour au front français, comme médecin de bataillon, il est retourné s'installer à Casablanca, où il a continué la vieille et saine tradition de charité et d'honneur des médecins français.

J'ai pu puiser largement dans ses notes et dans ses souvenirs; c'est pour moi une grande joie de lui témoigner ici ma reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

AVANT L'ARRIVÉE DES FRANÇAIS AU MAROC

Lorsqu'on parcourt actuellement le Maroc, sillonné de larges routes goudronnées où circulent de nombreuses et luxueuses automobiles, d'énormes cars confortables pour voyageurs, quand des trains rapides vous transportent en quelques heures de Casablanca aux extrémités du pays, quand on visite les grandes villes où la circulation est intense, où se dressent des immeubles de quinze et vingt étages, dotés de tout le confort moderne, quand on parcourt le bled couvert de riches moissons, cultivé comme nos plus belles plaines de France, quand on voit des Marocains conduisant d'énormes tracteurs, des charrues compliquées, des faucheuses, des moissonneuses, quand — surtout — on visite les hôpitaux somptueux des villes, dotés du matériel le plus complet et le plus moderne, les dispensaires, les infirmeries du bled où se pressent les consultants, on s'imagine difficilement ce que pouvait être le Maroc d'autrefois et que cet autrefois ne date pas d'un demi-siècle.

Imaginez un pays presque aussi vaste que la France, sans ports, sans routes, où l'anarchie régnait, le pouvoir du Sultan était à peu près nul, les tribus en guerre continuelle, la circulation le long des pistes moins que sûre, pays peu peuplé, la plupart des habitants souvent à peine vêtus, mal nourris, et vous comprendrez ce que pouvait être alors l'état sanitaire du Maroc.

On parle de quelques hôpitaux construits dans les villes, à Fez, à Marrakech, mais ces hôpitaux n'avaient pas de médecins, pas de médicaments : c'étaient des refuges où les pauvres, sans famille et sans ressources, venaient se réfugier pour mourir.

Les épidémies etaient meurtrières. Les années sèches, qui étaient des années de disette, le typhus régnait et faisait de nombreuses victimes. On n'y pouvait rien, et le fatalisme musulman faisait qu'on ne cherchait guère à lutter contre. Poussés par la faim, les gens du bled accouraient dans les villes, dans l'espoir d'y trouver de quoi vivre, s'entassaient dans les fondouks, y apportant leurs poux et leurs puces, et où la promiscuité favorisait la propagation de l'épidémie. Il n'y avait aucune hygiène, les immondices s'accumulaient, les eaux étaient polluées, les mouches pullulaient, d'où les typhoïdes, les entérites, les dysenteries, les ophtalmies. Le typhus, la peste, la variole faisaient des coupes sombres dans les villes et dans le bled, sans qu'on cherchât à lutter contre ces maux qu'Allah envoyait.

Les années pluvieuses, l'eau s'amassait dans les déclivités, formant des marais appelées daïas. Les Marocains venaient planter leurs tentes autour des « daïas », parce qu'ils y trouvaient de l'eau pour eux et leurs bêtes, de l'herbe pour leurs troupeaux; mais ces marais étaient aussi des nids d'anophèles, et le paludisme sévissait; les accès pernicieux étaient fréquents et généralement mortels. La mortalité infantile était effroyable; souvent, les femmes, affaiblies par la maladie, ne pouvaient nourrir; si l'on donnait aux enfants du lait animal, il était pollué; les mouches y apportaient tous les germes que les mains sales auraient pu n'y pas mettre.

L'accouchement était fait par des matrones n'ayant aucune notion d'hygiène : on ne pouvait compter que sur la *Natura medicatrix* et, heureusement, la nature est bonne mère. Mais les puerpérales étaient fréquentes, Toute dystocie était un arrêt de mort pour la mère et pour l'enfant.

La syphilis faisait aussi des ravages; on ne connaissait pas d'autre remède qu'un pèlerinage à Moulay Yacoub, près de Fez, dont les eaux sulfureuses très chaudes et très radio-actives, avec l'aide d'Allah, guérissaient quelques cas.

Qu'était donc la médecine au Maroc en ce temps-là ? Nous ne parlerons pas ici des célèbres médecins Averrhoes, d'Avenzoar qui vivaient au XII[e] siècle, mais de la médecine telle qu'elle était pratiquée dans les villes et sur les souks avant notre arrivée.

Il y avait alors la même anarchie dans la thérapeutique que dans la politique. Le « toubib » s'installait sous une tente, signalée aux passants par un petit drapeau rouge, il étalait devant lui ses boîtes et ses paquets d'herbes sèches, des peaux de lézards, des dents de chacal et de hyène, et là il donnait ses consultations.

On a écrit de nombreux ouvrages sur la médecine et les médicaments employés par les toubibs arabes. La plupart étaient inefficaces, et il s'y mêlait toujours un peu de magie. Les drogues étaient enveloppées dans un papier sur lequel le « médecin » écrivait quelque sourate du Coran, adéquate à la maladie, et recommandait quelque pratique, telle que celle-ci rapportée par M. Doutté dans son livre : « Magie et Religion dans l'Afrique du Nord » :

« Contre les éruptions générales des boutons : écrivez la sourate El Qiyama dans un vase que vous laverez avec de l'eau dans laquelle vous ferez fondre ensuite de l'alun, du nitre, du sel ammoniac, une partie de chacun; puis vous lotionnerez le malade avec cette solution, le mardi au lever du soleil, le samedi à son coucher, trois fois : les abcès se guériront; s'il se forme du pus, placez à cet endroit du jabous ou du Djazoum avec du Harmel et un peu de miel. Les ulcérations sècheront avec la permission de Dieu. »

Les grands malades qui ne pouvaient se déplacer étaient transportés près du tombeau d'un Saint marabout, où ils restaient en prières avec leur famille qui, souvent, les abandonnait là.

Il est bien évident que, dans ces conditions de vie, la population du pays n'augmentait guère, malgré la polygamie qui facilite la polynatalité.

La famine, les guerres continuelles entre tribus, les épidémies meurtrières, la mortalité infantile effroyable n'étaient guère favorables à une augmentation de population. Il est difficile d'en connaître le chiffre, puisque les Marocains n'avaient ni état-civil, ni recensement réel. On ne peut guère s'en rendre compte qu'en compulsant les anciens registres des Caïds qui percevaient l'impôt; on estime en général le nombre d'habitants, en 1912, aux environs de quatre millions. Pour une superficie de 500.000 kilomètres carrés, c'est fort peu.

Nous pouvons partir, pour juger de l'Œuvre de la médecine française, de ce tableau brossé rapidement, pour juger aussi de la rapidité de l'évolution dont le médecin a été le premier et le meilleur pionnier.

CHAPITRE II

LES PRÉCURSEURS

Il serait parfaitement injuste de faire remonter les débuts de l'influence médicale française au traité du Protectorat. Sans doute, est-ce à partir de 1912, sous l'énergique et intelligente impulsion de Lyautey, qu'il y eut une véritable organisation du Service de Santé, organisation qui fut féconde, comme nous le verrons, chiffres en mains, au cours de cette étude, mais même déjà avant l'Acte d'Algésiras (avril 1906), quelques médecins avaient fait connaître au Maroc, dans la mesure de leurs moyens, qui étaient restreints, la médecine française.

Dès 1877, le Docteur Linarès avait fondé à Fez un dispensaire. Ce médecin, qui était attaché à la mission militaire française demandée par le Sultan Moulay Hassan, a laissé un souvenir tel que les vieux fassis se le rappellent encore.

En 1896, le Docteur Weisgerber s'installe à Casablanca, comme médecin libre, puis, au bout de quelques mois, devient médecin des Mehallah du Sultan Moulay Abd el Aziz; il contracta le typhus, dont il ne mourut point, mais quitta la médecine pour devenir chef de région et poursuivit une brillante carrière administrative au Maroc. Il a retracé, dans son livre de souvenirs : « Au seuil du Maroc moderne » un tableau pittoresque du vieux Maroc tel qu'il l'avait connu dès son arrivée.

Après la signature de l'acte d'Algésiras, le Ministère des Affaires étrangères envoya au Maroc une « mission » qui comprenait un certain nombre de médecins. Ceux-ci, installés dans les villes de la côte et à Fez et à Marrakech, fondèrent des dispensaires où bientôt les indigènes vinrent en grand nombre. Leur renommée s'étendit très vite au delà des murs des villes où ils exerçaient avec des moyens qui nous paraîtraient aujourd'hui bien misérables, mais ils donnaient à leur mission tant de dynamisme, tant de cœur, que leur influence — et avec elle celle de la France — grandissait. Tous ceux, d'ailleurs, qui ne payèrent pas de leur vie le dévouement à leur œuvre, ne purent se résoudre à quitter le pays, et la continuèrent, soit dans l'armée, d'où ils étaient détachés pour les formations sanitaires indigènes, soit dans le Service de la Santé publique, soit comme civils. Leur réputation était grande, et longtemps après leur mort, leur souvenir et leurs noms sont restés gravés dans la mémoire des Marocains qui les ont connus, dont ils ont reçu les soins, éprouvé la bienveillance et la charité. Mieux encore que des statistiques, c'est là un critérium de la valeur de l'œuvre. Ces médecins ont donné non seulement leur savoir, leur dévouement, quelques-uns leur vie, mais tous étaient animés d'un dynamisme extraordinaire. Leur prestige était grand, mais dans leur esprit ils y mêlaient toujours le prestige de la France.

Visitant, à Mogador, avec mon père, la Maternité où le Docteur Bouveret exerçait depuis 1906, et qu'il avait fondée avec les dons de quelques riches clients israélites et marocains (car il ne demandait rien pour lui), nous fîmes la remarque que tous les petits berceaux, d'une blancheur et d'une propreté impeccable, étaient ornés d'un petit drapeau tricolore; le Docteur, un beau grand vieillard à longue barbe blanche, noble et fier comme un grand caïd, nous dit : « C'est pour leur rappeler qu'ils sont nés sous l'égide de la France; il faut que ceux qui passent ici ne l'oublient jamais ».

Ce n'était pas seulement de la « politique » indigène que faisaient ces médecins. Tous praticiens habiles, avides de savoir, sachant suppléer à l'insuffisance de leurs moyens par une ingéniosité remarquable, ils étaient à la fois médecins, chirurgiens, oculistes, hygiénistes, dermatologues, syphiligraphes. Aucune branche de la médecine ne leur était étrangère et ils opéraient avec la même maestria une appendicite et une fracture compliquée, une cataracte, une grossesse extra-utérine rompue, soignaient une pneumonie ou typhoïde, un ulcère de jambe ou un chancre phagédénique, vaccinaient tous ceux qui se présentaient contre la variole, qui faisait alors des ravages parmi les populations.

Pour le bien de leurs malades, ils amélioraient, souvent de leurs propres deniers, les formations sanitaires dont ils avaient la charge, lisaient beaucoup et se tenaient au courant des nouvelles découvertes, des nouveaux procédés.

Aussi, plus tard, quand ils reçurent la visite des grands Maîtres de la Métropole, ceux-ci furent souvent étonnés et émerveillés de l'expérience, du savoir, de l'habilité de ces praticiens modestes, n'ayant pas le temps de publier, éloignés des Facultés et des Hôpitaux de France.

Ces hommes, qui s'appelaient Brau, Bouveret, Guichard, Mauchamps, Maire, Murat, Mauran et d'autres, furent, après Linères et Weisgerber, les premiers pionniers de la médecine française au Maroc.

Bientôt, l'œuvre allait s'amplifier. En mars 1907, le Docteur Mauchamps était assassiné par un fanatique, à Marrakech. En représailles, les troupes françaises d'Algérie vinrent occuper Oujda. Immédiatement, une infirmerie indigène fut ouverte aux Marocains par le Docteur Oberlé et son adjoint, le Docteur Azémar. Puis, une révolte ayant éclaté à Casablanca, le 30 juillet 1907, au cours de laquelle plusieurs Européens furent tués, le Gouvernement français décida un débarquement de troupes, en accord avec le Gouvernement espagnol qui fit de même.

Aussitôt, on installa des consultations pour les Maro-

cains qui se pressaient nombreux aux portes des dispensaires, improvisés avec des moyens de fortune.

Il était impossible, cependant, de se contenter de cette opération militaire du débarquement. Il fallait dégager d'abord les environs de la ville, assiégée en somme par les tribus hostiles. La série des combats commença, souvent très vifs et très meurtriers. Or, il arrivait que de nombreux blessés marocains tombaient entre nos mains. Les médecins du Corps de débarquement les soignaient, les opéraient, puis on les laissait repartir, et quand ils rentraient guéris chez eux, ils racontaient comment ils avaient été traités — comment étaient ces étrangers, ces Français — et peu à peu la méfiance s'amenuisait. Bien des soumissions ont été faites ainsi. Si la puissance de nos canons inspirait l'admiration et le respect de la force — innés chez tout indigène —, la bonté et la charité de nos médecins « conquéraient leur cœur ». Lorsqu'on avait établi un poste, immédiatement on installait une infirmerie indigène où venaient nombreux même ceux qui n'étaient pas encore soumis.

Souvent, les médecins s'éloignaient des postes pour aller soigner les malades en zone insoumise; il fallait évidemment un certain cran, mais partout, dès qu'on savait le passage du « toubib français », les gens se pressaient autour de la tente qui servait de salle de consultations et se battaient pour arriver à passer les premiers.

Toute cette médecine héroïque était certes loin d'être une médecine savante et toujours efficace. Les maladies étaient nombreuses et variées, et les médicaments étaient souvent insuffisants; il fallait aux médecins beaucoup d'ingéniosité pour contenter les patients. La teinture d'iode (que les indigène appelaient « nar el becda » : la chaleur froide), qui brûlait un peu, la quinine, amère, jouaient un rôle considérable. Il n'en fallait pas plus pour attirer les consultants. Il y avait aussi les guérisons spectaculaires, celles des vastes ulcères, des abcès, des gommes syphilitiques, etc. Les nota-

bles et les chefs, voyant les « mesquines » guéris, venaient à leur tour, ou appelaient nos médecins. Leur renom dépassait beaucoup les zones de la soumission, et des Marocains venaient parfois de 30 - 50 kilomètres et plus, pour consulter le toubib. C'était aussi pour eux l'occasion de regarder, de faire connaissance avec les Français qu'on leur avait décrits comme des sortes de diables, comme des gens avides venus pour conquérir leurs biens, prendre leurs troupeaux, leurs terres et leurs femmes.

Au lieu de cela, ils trouvaient des hommes doux et bons qui les soignaient sans leur demander d'argent, qui les traitaient comme eux auraient traité leurs propres enfants, avec ceci en plus, que les médecins français étaient des savants, connaissant leurs maux et les remèdes pour les guérir. Le médecin était, et est encore, pour le Marocain, un être à part, celui qui guérit; c'est un homme qui comprend la misère des hommes, leur douleur sur laquelle il sait se pencher. Chaque Marocain est fier d'avoir un ami médecin, et lui amène en toute confiance ses amis à lui (quitte, au besoin, à demander à ceux-ci une petit rétribution pour le service rendu).

On entend souvent parler de l'ingratitude des Marocains; elle est très rare vis-à-vis du médecin. C'est ainsi que, plusieurs fois, au cours des révoltes, des émeutes, où tout Européen rencontré était assassiné, les médecins étaient protégés par les Marocains eux-mêmes. Pendant l'émeute de Fez, ce sont des Marocains qui avertirent le Docteur Christiani et le gardèrent chez eux jusqu'à ce qu'il soit en sécurité.

Au cours d'une mission dans le Tafilalet, les officiers et l'interprète furent assassinés; seul, le Docteur Madeleine, qui faisait partie de la mission, fut épargné. Une femme lui donna son sein à sucer et, dès lors, il était « tabou » pour la tribu. C'est seulement d'être médecin qui lui sauva la vie.

Après les émeutes de Fez (avril 1912), il fallait assurer,

comme à Casablanca en 1907, la sécurité de la région. Les tribus rebelles, en effet, menaçaient la ville. La colonne Gouraud fut chargée de cette pacification. C'est alors que fut organisée une nouvelle formation : le Groupe Sanitaire Mobile.

Bien qu'étant accolé aux colonnes militaires en opérations et dirigé par des médecins militaires, le Groupe Sanitaire Mobile avait une mission bien spéciale, consacrée uniquement aux indigènes.

Doté d'une certaine indépendance, il devait parcourir le pays, s'arrêtant dans les souks où, à jours fixes, les Marocains viennent vendre leurs bestiaux et leurs récoltes, et se ravitailler en denrées (thé, sucre, étoffe). Là, il montait la tente et donnait des consultations, vaccinait contre la variole, distribuait de la quinine et soignait les plaies. Les malades graves étaient dirigés vers une infirmerie indigène, créée dans chaque poste que laissait la colonne. L'infirmerie indigène du poste comprenait un médecin, un ou deux infirmiers français, quelques infirmiers indigènes. Son matériel était *relativement* important. Le médecin disposait de quelques salles d'hospitalisation et pouvait faire déjà quelques interventions chirurgicales, soigner des malades sérieusement atteints. Lorsque le cas était au-dessus des moyens dont il disposait, le médecin pouvait évacuer le malade sur l'Hôpital militaire le plus proche.

En dehors des jours de souk, le Groupe Sanitaire Mobile visitait la région, s'arrêtant chez les caïds et autres chefs indigènes qui, prévenus du passage du médecin, convoquaient leurs administrés. Ceux-ci venaient en foule, par curiosité souvent, pour recevoir aussi le « doua » (médicament) que le toubib leur distribuait. Les tournées des Groupes Sanitaires Mobiles étaient en même temps des tournées de vaccination. La variole, en effet, faisait à cette époque de nombreuses victimes. Les Marocains y étaient un peu hostiles, car ils pensaient que si l'on marquait ainsi les enfants et les adultes, c'était pour les retrouver et les incor-

porer plus tard dans l'armée. Il fallait leur expliquer, en de longues et nombreuses palabres, que c'était pour les protéger de la maladie. Quand quelques-uns avaient compris et tendaient leurs bras au médecin, les autres venaient en foule et amenaient leurs enfants. D'autres fois, on faisait entourer le souk par des Mokhaznis; le médecin et ses aides y entraient et vaccinaient tout le monde. C'était là une scène bien pittoresque : les femmes criaient, essayaient de s'échapper, étaient ramenées au médecin, au milieu des rires et des quolibets de ceux qui avaient été vaccinés. Grâce à cette prophylaxie, la variole est devenue au Maroc presque aussi rare qu'en France.

Le premier Groupe Sanitaire Mobile eut pour chef le Docteur Christiani. C'est un nom qu'on entoure au Maroc du plus grand respect, aussi bien parmi les Européens que parmi les Marocains.. Ceux-ci le considèrent comme un Marabout, un Saint. On l'a comparé à Saint Vincent de Paul et au Père de Foucault; il en a l'âme d'apôtre et il a consacré toute sa vie, d'un labeur intense, à soigner riches et pauvres avec une bonté, une charité, un désintéressement au-dessus de tout éloge, éloge qu'il n'a jamais recherché, et avec une science que beaucoup de Maîtres pourraient lui envier.

Encore maintenant, retiré à Fez où il a tant œuvré, on vient souvent vers lui, dans les cas difficiles, comme on va prier, en dernier ressort, sur les tombeaux des grands Saints de l'Islam. Il faut espérer qu'il a écrit et qu'on publiera ses mémoires. On y trouvera ce que peut être un homme dévoré par l'esprit de sacerdoce médical, de charité et de bonté.

Une autre belle figure médicale est celle de Chatinières qui prit, en 1913, la direction du Groupe Sanitaire Mobile de Marrakech. Il a écrit son carnet de route, publié en 1919. C'est un livre attachant, plein d'anecdotes et souvent de poésie, que devraient lire tous les jeunes médecins avant d'aborder la carrière.

Lyautey en a écrit la préface. Qu'il me soit permis d'en citer quelques passages pour montrer ce qu'étaient le médecin et aussi le Grand Chef :

« Ces régions du Maroc que vous avez parcourues et dont certaines étaient encore très peu connues, vous ne les avez pas vues seulement en médecin, mais en Croyant. Je m'explique... Vous apportiez avec vous, en même temps que le plaisir de faire du bien aux populations que vous visitiez, une simplicité, une compréhension de ces âmes si différentes des nôtres, une volonté de sympathie telles qu'il eût été bien extraordinaire que vous ne pénétriez pas dans leur cœur et dans leur esprit.

« Je savais, avant de lire ces récits, la manière dont vous compreniez votre rôle, la façon dont vous voyagiez, vous laissant guider par les circonstances et aussi par votre instinct, allant là où vous pensiez pouvoir être utile et où l'on vous demandait, vivant pendant des mois de la vie des populations que vous parcouriez, mangeant leur nourriture et vous abritant sous leur toit. Vous avez ainsi appris à les connaître et à les apprécier, mais il y a eu réciprocité, et vous vous êtes fait, là où vous avez passé, de véritables amis qui sont restés fidèles à votre souvenir.

. . . . . .

. . . . . .

« Du jour où un Notable, un Caïd, un pauvre diable quelconque qui souffre, se décide à voir le médecin français et sort de chez lui soulagé, la glace est rompue, le premier pas est fait et les relations se nouent.

« Mais, pour cela, il faut au médecin, comme à l'officier de renseignements, en dehors de sa valeur technique, des qualités spéciales de tact, de compréhension, il faut aussi être convaincu. Toutes ces qualités, mon cher Chatinières, vous les avez, ceux qui liront votre livre s'en rendront vite compte. »

. . . . . .

Chatinières mourut à Taroudant, en 1938, d'un typhus contracté en soignant les malades. Quand il se sut atteint, sachant qu'il allait mourir, il dit à sa femme qui l'avait secondé dans son œuvre : « La tâche est terminée pour moi, tu dois la continuer seule, car ces gens ont encore besoin de nous ». Il mit dans cette phrase le fatalisme musulman et la charité chrétienne.

Dès son arrivée au Maroc, Lyautey, fort de son expérience au Tonkin et dans le Sud Oranais, se préoccupe de l'équipement sanitaire, de la lutte contre les épidémies, aussi bien au point de vue prophylactique qu'au point de vue traitement.

« L'action de l'hygiéniste, déjà si difficilement acceptée en France et dans les pays d'Europe, devait être extrêmement prudente et habile, mais il fallait, de plus, qu'elle fût un moyen d'attirance : au lieu d'être imposée, elle devait, au contraire, constituer un moyen d'action politique pacifique. »

Dans un pays où l'autorité centrale était bien précaire, il fallait d'abord prendre contact avec ces populations du bled, si jalouses de leur liberté et de leur indépendance, bien apprendre à les connaître et à se faire aimer d'eux, les attirer vers nous en allant vers eux. Lyautey a compris combien le médecin pouvait, plus que tout autre, remplir ce rôle fécond : il n'a pas été déçu.

Les médecins militaires du Corps de débarquement et ceux qui les suivirent montrèrent les qualités qu'on attendait d'eux, et la pacification du Maroc eût été, sans eux, autrement difficile et coûteuse en vies humaines.

Parmi eux, hélas, beaucoup sont tombés en accomplissant, sans bruit mais avec foi, leur mission : la peste, le typhus, la typhoïde, la dysenterie, la variole étaient des ennemis redoutables. Aucun n'a jamais cherché à se soustraire au devoir impérieux d'aller soigner les malades dans des bleds éloignés, malgré les dangers qu'ils connaissaient.

CHAPITRE III

1912 - INSTITUTION DU PROTECTORAT

L'institution du Protectorat de la France sur le Maroc était une victoire, certes, de notre diplomatie, mais elle posait des problèmes gigantesques à résoudre.

En France, le Maroc était peu connu et n'avait pas très bonne presse; on savait qu'on s'y battait, qu'on y mourait du typhus, de la peste, de la variole, qu'on y prenait la dysenterie, le paludisme et la typhoïde.

La France avait reçu la mission de pacifier le pays, de l'organiser, de faire son unité politique autour du Sultan, ce qui n'avait jamais existé.

Pacifier par la force était impossible. LYAUTEY n'en avait pas les moyens matériels, et le Parlement était opposé à des opérations militaires de grande envergure. Or, si les Marocains n'avaient pas un armement considérable, ils savaient admirablement s'en servir. Ils étaient, d'autre part, fanatisés contre tout ce qui était étranger. La pacification du Maroc a demandé, certes, beaucoup de sacrifices de vies humaines parmi nos soldats, mais si l'on avait voulu n'employer que la force, il est très vraisemblable que cette pacification n'eût jamais été faite.

Ce fut là le génie de LYAUTEY de résoudre le problème en répandant le moins de sang possible, en réalisant ce qu'il a appelé la « pénétration pacifique »,

Il ne s'agissait pas de s'installer et de se maintenir par la force; il fallait se faire accepter par les Musulmans en leur apportant plus de bien-être, en s'en faisant des amis.

Le prestige personnel d'un chef donne à ceux qui servent sous ses ordres courage et dynamisme. C'est là tout le secret de l'esprit qui régnait alors au Maroc, aussi bien chez les hauts fonctionnaires que chez les petits, chez les militaires, chez les colons, les industriels, les commerçants et surtout les médecins.

Qui pouvait, mieux que les médecins, réaliser cette pénétration pacifique des masses ? Qui pouvait, mieux qu'eux, comprendre la mission « humaine » du Grand Chef ? Ne l'avaient-ils pas prouvé déjà, et combien d'entre eux avaient pénétré là où aucun Européen n'avait encore jamais pu aller, là, quelquefois, où les chefs indigènes eux-mêmes n'auraient pas osé s'aventurer.

Mais il ne suffisait pas d'aller prospecter les malades dans les tribus, faire la prospection des épidémies et des endémies à travers le bled. Il fallait encore donner aux malades de vrais soins, établir une carte des épidémies pour suivre leur marche; des endémies (paludisme), en découvrir les foyers pour les détruire, en un mot, établir un plan de prophylaxie.

D'autre part, si l'effort devait se porter surtout sur la population indigène, il était nécessaire aussi que les Européens qui commençaient à venir au Maroc, soit comme colons, soit comme employés ou ouvriers, comme chefs de chantiers qui s'ouvraient un peu partout pour la construction des routes, du chemin de fer, des immeubles dans les villes, puissent être soignés par les médecins et, au besoin, hospitalisés.

Il fallait encore instituer la prophylaxie et le traitement des maladies dans les villes, épurer les eaux, détruire les tas d'immondices qui s'entassaient autour des remparts et créaient des réservoirs de virus et de mouches, vecteurs de la dysenterie et du trachome, évacuer les matières usées.

En 1913 fut organisé le plan de défense contre tous ces ennemis, subtils mais dangereux. Il fallait aussi faire accepter par les indigènes les moyens de défense (qui constituaient des contraintes auxquelles ils n'étaient pas habitués) et, selon le mot d'ordre de LYAUTEY, leur faire accepter ces contraintes en leur en faisant comprendre l'utilité.

L'assistance médicale marocaine se faisait alors sous quatre formes :

1° *Infirmeries fixes* dans les centres où nous étions solidement établis, dans les postes militaires créés au fur et à mesure de notre pénétration. Ces infirmeries disséminées, parfois assez loin de centres importants, pouvaient hospitaliser des malades avec un confort relatif, disposaient de médicaments en quantité suffisante pour faire une thérapeutique normale, et un matériel qui permettait les opérations de petite chirurgie. D'ailleurs, la plupart des médecins allaient volontairement, au cours de courtes permissions, se documenter et s'instruire dans les hôpitaux mieux installés, afin de faire bénéficier leurs malades de ce qu'ils avaient appris. C'est ainsi que la plupart d'entre eux apprenaient à opérer des cataractes, parce que la cataracte était très fréquente chez les Marocains et qu'ils savaient tout le profit moral qu'ils pouvaient en tirer. Rendre la vue à un aveugle, n'était-ce point faire une sorte de miracle qui frapperait l'esprit des indigènes ? Souvent, ils achetaient de leur poche les instruments nécessaires que le Service de Santé ne leur fournissait point. Mais leur action ne se bornait pas là. Ils rayonnaient dans tout le district, souvent fort étendu, allaient de casbah en casbah, de souk en souk, vaccinaient, repéraient les malades, les invitant à venir à l'infirmerie recevoir des soins plus complets.

Chemin faisant, ils s'adonnaient à la botanique, à la géologie, à la démographie, et des modeste travaux — qui, souvent, n'étaient qu'un violon d'Ingres — on pouvait tirer d'importantes conclusions pour l'assainissement d'un pays.

C'est ainsi qu'un jeune aide-major, isolé dans son bled où sévissait le paludisme, fit une longue étude sur l'étiologie de l'endémie, détermina les saisons où elle est en recrudescence, puis étudia la nature du sol et du sous-sol en visitant les puits; traça sur la carte l'emplacement des daïas (marais), puis les étudia sur place, releva aussi les nivellations avec un instrument primitif qu'il avait fabriqué, et s'aperçut qu'avec des travaux très simples on pouvait déverser tous les daïas successivement les uns dans les autres pour aboutir à un oued. Il écrivit un rapport complet et l'envoya à son chef, puis pensa à autre chose.

Or, à quelque temps de là, il reçut la visite d'un ingénieur, envoyé par les Travaux Publics, qui lui dit : « Je suis chargé de faire l'étude de la région pour supprimer les daïas, causes du paludisme, et comme vous connaissez bien le pays, je viens m'adresser à vous pour que vous me conduisiez vers ces daïas ».

— Volontiers, dit le jeune médecin, tout heureux qu'on s'occupât en haut lieu d'une question qui lui tenait au cœur.

Chemin faisant, voilà notre ingénieur qui évoque un peu sentencieusement tous les moyens d'assainissement qu'on pourrait employer, les dérivations qu'on pourrait faire, etc., bref, qui récite à son auditeur silencieux tout ce que celui-ci avait écrit dans son rapport.

— N'êtes-vous pas de mon avis ? dit enfin l'ingénieur.

— Tout à fait, répondit le médecin, et tout à l'heure, en rentrant au poste, je vous confierai un rapport que j'ai écrit là-dessus et que j'ai envoyé il y a quelques mois à la Direction du Service de Santé.

— Ah! c'est vous qui avez écrit cette étude, s'écria l'ingénieur en éclatant de rire; jamais je n'aurais pensé qu'un médecin puisse savoir tant de choses en géologie, en topographie et même en hydraulique. Et vous me laissiez vous réciter comme un bon élève ce que vous saviez mieux que moi, puisque c'est votre propre travail qu'on m'a remis sans me dire d'où il venait.

Ils devinrent de bons amis, et quand ce médecin — qui s'est installé au Maroc après la guerre — retourne dans son ancien bled, en face des belles moissons qui remplacent les marais d'autrefois, s'il rencontre une oreille complaisante, il ne manque jamais de glisser sa petite histoire avec une pointe d'orgueil.

2° *Les Groupes Sanitaires Mobiles,* dont on augmente le nombre.

3° *Des Commissions d'Hygiène,* pour l'assainissement des villes.

4° *Les hospitalisations dans les Hôpitaux mixtes* (civils et militaires) qui recevaient également, dans un pavillon ou dans des salles spéciales, les malades marocains.

Ceux-ci ne s'y trouvaient pas dépaysés. On leur donnait une nourriture spéciale, conforme à la religion musulmane; ils pouvaient faire, quand leur état le permettait, leurs ablutions et leurs prières. Durant le Ramadan, époque pendant laquelle le croyant ne doit absorber aucune nourriture, pas même de l'eau, de l'aurore au crépuscule, « tant que, dit le Coran, on peut distinguer un fil blanc d'un fil noir », les médicaments et les repas étaient donnés la nuit.

Ils étaient traités avec bienveillance, avec bonté et recevaient les mêmes soins médicaux que les malades Européens, aussi a-t-on toujours manqué de place dans les salles et dans les hôpitaux réservés aux Marocains.

En 1913, le « règlement sur le Service de Santé et de l'Assistance publique » est promulgué. Ce règlement est une véritable Charte de l'Assistance.

Il a pour objet :

1° De centraliser tout le service entre les mains du Directeur du Service de Santé Militaire, qui devenait Directeur Général du Service de Santé, avec un adjoint technique civil;

2° De fixer le mode de recrutement par concours des médecins civils de la Santé publique. La rapide extension

des villes, l'affluence des malades dans les dispensaires et les formations sanitaires, la multiplicité des obligations médicales, le nombre très restreint de médecins civils libres, ne permettaient plus aux seuls médecins militaires et aux quelques médecins de la Mission des Affaires étrangères qui, tous, jusque-là, avaient assuré l'Assistance médicale indigène avec un admirable et inlassable dévouement, de faire face à toutes les obligations et à toutes les besognes nouvelles que créait l'évolution du pays;

3° D'établir un statut spécial pour les infirmiers européens et les infirmiers indigènes;

4° De préciser, outre l'Assistance médicale aux indigènes, les obligations des médecins : inspection médicale des écoles, expertises médico-légales, visites des filles publiques, soins aux fonctionnaires, hygiène des villes, service des prisons, des lazarets, service sanitaire maritime, etc.;

5° De régler la vie administrative et technique des Formations Sanitaires Fixes et des Groupes Sanitaires Mobiles;

6° D'arrêter un programme de constructions dont les disponibilités de l'emprunt allaient faciliter la réalisation.

Lyautey avait voulu cette centralisation en une seule Direction (celle du Service de Santé Militaire et celle du Service de Santé Civil), parce qu'elle permettait d'employer à la fois, avec les mêmes directives, les médecins militaires et les médecins civils alors peu nombreux. Elle était économique, les médecins militaires ne recevant pour les services civils qu'une faible indemnité de fonction et, d'autre part, elle permettait d'approvisionner en médicaments et matériel, par l'intermédiaire de l'Armée, les diverses formations sanitaires.

« Il n'y a pas, au Maroc, une médecine militaire et une médecine civile; il y a simplement des médecins que la besogne médicale seule distingue, et non une « étiquette ».

« Un médecin militaire, en colonne aujourd'hui, peut devenir le lendemain un pacifique Directeur d'infirmerie

indigène ou un Chef de Groupe Sanitaire Mobile; un médecin civil peut, du jour au lendemain, joindre à ses attributions civiles celles d'un médecin militaire de garnison, ou diriger un hôpital mixte comportant des salles militaires. » (Conférence COLOMBANI, p. 7.)

Le 2 août 1914, la guerre était déclarée. LYAUTEY reçut l'ordre d'évacuer l'intérieur du Maroc et de se maintenir seulement dans les villes de la côte. C'était perdre le bénéfice des sacrifices d'hommes et d'argent que la pacification d'une partie du pays avait coûté. C'était perdre aussi le prestige que la France et les Français avaient acquis durement. LYAUTEY refusa d'obéir. Il renvoya au front de France les troupes de l'active, qui furent remplacées par des territoriaux, *mais il garda les médecins.* L'effort continuait; la seule modification est que les médecins civils d'alors furent mobilisés et habillés en militaires, mais ils continuèrent leur mission.

Le programme tracé quelques mois auparavant fut à peine ralenti, malgré les difficultés nouvelles qui surgissaient du fait de la guerre. Les constructions prévues furent exécutées. Pour donner une idée de l'effort accompli, rappelons que, de 1913 à 1920, il a été fait pour 15 millions de francs-or de constructions et d'aménagements : hôpitaux régionaux, infirmeries, dispensaires spécialisés, gouttes de lait, maternités, lazarets. Malgré cet effort financier énorme (qui représente plus de 3 milliards de francs d'aujourd'hui), les soins demeuraient absolument gratuits pour les Marocains, quelle que fut leur situation sociale. Malgré la guerre, l'œuvre humanitaire envers les populations du Maroc poursuivait son chemin sans ralentissement, et les Marocains l'ont compris.

En 1920, l'organisation médicale du pays est au point; l'assistance médicale, l'organisation prophylactique fonctionnent avec une admirable régularité.

Le pays pacifié est divisé en régions sanitaires, dirigées chacune par un médecin-chef, civil ou militaire, respon-

sable devant la Direction Générale du Service de Santé.

Chaque région possède un hôpital régional marocain, organisé et aménagé comme les hôpitaux d'Europe, des dispensaires spécialisés (médecine générale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, syphilis, dermatologie) bien outillés.

Les Groupes Sanitaires Mobiles continuent à parcourir le bled. Ils possèdent maintenant un matériel moderne de désinfection et de désinsectisation. Dès qu'une épidémie est signalée, le Groupe Sanitaire Mobile part avec son personnel et son matériel, va se rendre compte du foyer épidémique, de son origine, de son développement, établit un cordon sanitaire, vaccine, désinfecte, douche, soigne les malades et reste dans la région jusqu'à extinction de l'épidémie. C'est ainsi qu'on arrive à juguler les épidémies de peste, de typhus, de variole et les empêche de s'étendre. En outre, il fait la prospection du paludisme, note les indices spléniques des habitants, et envoie ses observations au médecin-chef de région qui trace la carte du paludisme de la région.

Dans tous les postes, dans tous les centres importants : une infirmerie indigène. Le médecin donne chaque jour ses consultations, où tous les malades sont inscrits avec leur domicile, le diagnostic de la maladie, le nom du caïd ou cheik, afin que dans ses tournées le médecin qui rayonne autour de son poste puisse retrouver et surveiller le moindre cas suspect.

La foule des malades est telle et tous sont si pressés d'arriver auprès du « toubib » qu'il lui faut presque toujours installer un « service d'ordre ». Il n'est pas rare qu'un médecin examine 50, 60 malades et plus, chaque matin. Il déjeune quand il peut, et part ensuite à cheval, car il n'y a pas encore de routes dans le bled, sillonner son domaine sanitaire. Ses distractions sont la chasse, ouverte en tous temps sans permis (les anciens vous disent : « C'était le bon temps »), la lecture, car tous lisent beaucoup les journaux médicaux « pour se tenir au courant »,

ce dont ils sentent d'autant plus le besoin qu'ils sont isolés et ne peuvent compter que sur eux-mêmes en face de cas souvent embarrassants; et puis, il faut tout savoir, pour tout faire correctement. Chaque médecin ne représente-t-il pas une antenne de la France, de la science médicale française ? Chacun d'eux en a le sentiment, la fierté, mais il sait aussi ce que cela représente de responsabilité morale, de responsabilité humaine vis-à-vis des primitifs qu'on leur a confiés. La vie est loin d'être monotone, car elle est bien remplie.

En 1926, le Service de la Santé et de l'Hygiène publique devient autonome, avec un Directeur civil indépendant du Directeur du Service de Santé Militaire, et représenté dans les sept chefs-lieux des régions du Maroc : Oujda, Fez, Meknès, Rabat, Casablanca, Marrakech et Agadir, par un sous-Directeur.

CHAPITRE IV

L'ÉQUIPEMENT SANITAIRE DU MAROC

Ce qui caractérise l'œuvre de la médecine au Maroc, c'est sa continuité. Lorsque, en 1926, le Docteur Colombani, qui y a consacré vingt-cinq ans de son activité, prit la direction de la Santé et de l'Hygiène publique, les jalons étaient posés; on avait défriché et semé, mais il y avait beaucoup à faire. Des problèmes nouveaux se posaient sur plusieurs plans. La médecine française avait si bien pénétré dans les mœurs des Marocains, qu'ils demandaient partout le secours de nos médecins, de nos formations sanitaires. D'autre part, le chiffre de la population avait considérablement augmenté, ce qui créait, au point de vue de l'hygiène, de la prophylaxie, des aspects nouveaux et de nouveaux besoins. Enfin, la science médicale était en constants progrès.

Or, au Maroc, on a toujours eu tendance à suivre le progrès dans toutes les branches, les Européens en tête et les Marocains suivant de près, et à le suivre avec enthousiasme. C'est là, sans doute, l'origine (ou la conséquence) du dynamisme qu'on y rencontre partout, dans toutes les activités.

Le nouveau Directeur de la Santé, disciple et ami personnel de Lyautey, esprit très fin, lettré, d'un abord toujours aimable, se garda bien de changer tout ce qui

avait été fait avant lui, comme cela se voit si souvent. La maison n'était pas terminée, elle demandait encore bien des perfectionnements pour être confortable, mais les fondations en étaient solides, la distribution en était commode; on améliora sans détruire et l'on continua de créer.

Créer, c'est là le mot qu'on entend si souvent au Maroc; faire ce qui n'est pas encore fait et dont *on sent* le besoin dès qu'on l'a conçu. C'est là le secret de ce développement si rapide de cet « Empire fortuné ». On a souvent reproché aux gens du Maroc de voir toujours « grand », trop grand. En réalité, après l'exécution des projets, au bout de peu de temps, on s'aperçoit qu'on avait cependant vu encore trop petit. Aussi, fort de cette expérience, on pense toujours à l'avenir et l'on prévoit toujours des agrandissements.

Il en fut ainsi (et il en sera encore ainsi longtemps) dans le secteur médical comme dans les autres. Il n'en reste pas moins que le travail commencé par les médecins militaires, poursuivi sous la direction du Docteur Colombani, continué par ses successeurs, toujours dans le même esprit de perfectionnement, d'élargissement, dans le même esprit aussi de protection de la vie humaine, d'élévation du standing de vie de nos protégés, constitue une œuvre gigantesque.

La deuxième guerre mondiale avait arrêté ou tout au moins fortement ralenti l'équipement sanitaire du Maroc. La construction était presque totalement arrêtée; le fer et le ciment étaient devenus rares, la main-d'œuvre également. Cependant, les besoins, eux, ne s'étaient pas amoindris, car la population n'avait pas cessé de s'accroître, et les malades étaient chaque jour plus nombreux. La question primordiale était celle de l'hospitalisation, le nombre de lits dont on disposait alors était manifestement insuffisant.

On ne pouvait hospitaliser dans les mêmes conditions et dans les mêmes salles, les Européens, les Marocains et les Juifs, à cause des mœurs différentes, de la différence de nourriture. Cependant, « il fallait que tous puissent, quelles

que fussent leur race, leur religion, bénéficier de tous les soins de la science médicale moderne ».

Dans les grandes villes, comptant plus de 200.000 Marocains (Musulmans et Israélites), on construisit ou on modernisa les hôpitaux spécialement réservés à la population autochtone, et des hôpitaux réservés aux Européens.

Dans les autres villes, la construction d'hôpitaux distincts eût entraîné des dépenses que le chiffre de la population ne justifiait pas. On construisit des hôpitaux séparés, avec services généraux communs, recevant, dans des pavillons ou des ailes séparés, à la fois Européens et Marocains. L'expérience en ayant montré la nécessité, une possibilité d'extension fut toujours réservée. Les services généraux furent prévus pour une extension jusqu'à 750 lits.

Ces hôpitaux sont tous dotés d'un équipement moderne; ce sont de véritables centres de diagnostic et de traitement sur lesquels on peut évacuer les malades du bled qui ne pourraient recevoir des soins suffisants dans les formations sanitaires rurales.

ÉQUIPEMENT SANITAIRE RURAL

Cependant, l'équipement sanitaire rural n'était pas sans importance; il fallait qu'au centre des tribus disséminées loin des villes, les malades puissent recevoir les soins d'urgence, les traitements qui ne demandent pas un matériel et des examens spéciaux et une longue hospitalisation. Tout cela a été réalisé et est encore en voie de perfectionnement.

Salles de visites

Ce sont des formations disséminées dans le pays, dans les annexes du contrôle civil, aux portes des affaires marocaines, aux marchés importants. Elles comprennent une cellule de consultations, une cellule d'hygiène sociale, un logement pour un infirmier (diplômé d'Etat).

Le médecin de l'infirmerie de la circonscription y passe à jours fixes une ou deux fois par semaine. Il peut y être appelé par téléphone en cas d'urgence ou de maladie grave.

Quelques lits permettent d'y hospitaliser des malades ou des blessés graves qui seront transportés dans un hôpital après avoir reçu les premiers soins.

En 1949, il y avait 260 salles de visites disséminées sur le territoire. En 1951, il y en avait 283.

Infirmeries

Au-dessus des salles de visites se trouvent les infirmeries rurales, réparties suivant les subdivisions administratives du territoire. Elle constituent la trame même du réseau d'assistance médicale.

Ces établissements sont en somme de petits hôpitaux bien outillés, disposant de 12 à 36 lits, d'un petit laboratoire et d'une radio, dirigés par un médecin d'Etat, médecin-chef de la circonscription.

Ce médecin est chargé :

— De la médecine de soins (consultations diverses, soins aux hospitalisés, urgences médicales, chirurgicales et obstétricales) ;

— De l'hygiène et de la prophylaxie (vaccinations, enquêtes épidémiologiques, etc.) ; à ce titre, il est le conseiller technique des autorités locales.

Il a sous ses ordres un infirmier-major français, gestionnaire de la formation, quatre à six infirmiers marocains et du personnel de service en rapport avec l'importance de l'infirmerie. Il contrôle, en outre, l'activité des infirmiers et des assistantes sociales des salles de visite du secteur.

Il dispose d'un véhicule d'Etat pour ses tournées en tribu, et quand il dirige une infirmerie territoriale, d'une ambulance pour l'évacuation des malades graves.

Le nombre des infirmeries rurales en service au 31 décembre 1950 est de 73, et de 63 en 1952, 10 infirmeries ayant été transformées en hôpitaux ruraux.

Hôpitaux ruraux

Ces hôpitaux, au nombre de 6 en 1950, sont actuellement (1952) au nombre de 26. Ce sont des infirmeries rurales ayant subi d'importantes transformations ou des hôpitaux entièrement neufs. Ils disposent d'un matériel médico-chirurgical moderne complet (bloc opératoire, radio, laboratoire) et d'une capacité d'hospitalisation variable (de 50 à 70 lits), selon l'importance de la population de la région. Le personnel, médecins et infirmiers, est aussi proportionnellement important, selon l'activité de la formation.

Hôpitaux généraux

Ils sont actuellement au nombre de 21. Ce sont de grands hôpitaux, avec toutes les spécialités, recevant des malades européens et marocains, mais leur clientèle est surtout composée de Marocains, plus de 60 % d'habitants du bled marocain.

Groupes Sanitaires Mobiles

Ces formations, qui ont eu une telle importance dès le début de l'activité médicale française, dans la lutte contre les grandes endémies et les maladies épidémiques, n'ont pas été supprimées, au contraire, puisqu'on en compte maintenant (1952) 23. Mais certaines d'entre elles ont été spécialisées. C'est ainsi que, vu la fréquence et la gravité des lésions oculaires au Maroc, certains Groupes Sanitaires Mobiles ont été transformés en Groupes sanitaires ophtalmologiques. On en comptait déjà 3 en 1950; il en existe 6 en 1952.

On est loin des Groupes Sanitaires Mobiles qui, encore entre les deux guerres, parcouraient le bled, portant leur matériel dans des cantines à dos de mulet. Ce sont maintenant des cars luxueux, disposant d'un matériel moderne, voire de la radio fonctionnant sur groupe électrogène,

pouvant avoir en un minimum de temps un champ d'action de plusieurs centaines de kilomètres [1].

Comme jadis, cependant — mais avec des moyens combien plus puissants —, ils parcourent le pays dans tous les sens, visitant toutes les infirmeries rurales de leur secteur, et s'arrêtant dans les souks aux jours de marché. Leur activité s'est, de ce fait, considérablement accrue.

ÉQUIPEMENT SANITAIRE URBAIN

Nous avons déjà parlé des grands hôpitaux urbains, dont certains sont en cours de construction et qui seront terminés en 1953. Il sont au nombre de 34 : 21 hôpitaux généraux, 3 hôpitaux ophtalmologiques (Salé : Hôpital Maréchale-Lyautey, 125 lits; Fez : Hôpital Murat, 120 lits; Marrakech : Bab Taghzout, qui va être remplacé par Bab Khémis, ouvert en 1953), 2 hôpitaux neuropsychiatriques (Berrechid : Hôpital Franco-Marocain, 800-1.000 lits; Fez : Maristane; à Casablanca, ce service occupe un pavillon), 2 maternités autonomes (mais tous les hôpitaux urbains sont dotés d'un service de maternité), 5 formations antituberculeuses, 1 centre anti-cancéreux.

A côté de ces hôpitaux, ou dans ces hôpitaux même, on a créé des services de consultations sous forme de dispensaires : dispensaires de médecine générale, de médecine infantile, dispensaires antituberculeux, dispensaires de dermatologie et de syphiligraphie, dispensaires ophtalmologiques, consultations prénatales, etc. Leur but est de drainer les malades, soigner sur place ceux qui ne sont pas atteints de maladies graves, et d'aiguiller les autres vers les services hospitaliers spécialisés.

Il existe, à l'heure actuelle, 33 dispensaires non spécialisés, 13 dispensaires antituberculeux, 6 dispensaires de dermato-syphiligraphie, 5 dispensaires d'ophtalmologie.

(1) Chaque Groupe Sanitaire Mobile ophtalmologique comprend : un camion opératoire, véritable salle d'opérations ambulante, une camionnette pour le personnel, une camionnette pour le matériel.

LES SERVICES ANNEXES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Service de la transfusion sanguine

En 1948, on créa à Rabat, en 1952 à Casablanca, des laboratoires chargés du ravitaillement en plasma desséché et en plasma congelé de toutes les formations sanitaires du Maroc. Depuis, il y en a un à Marrakech, Meknès et Tanger.

Le laboratoire de Rabat peut fournir chaque semaine quatre cents flacons de 300 cm^3 de plasma sec.

Le laboratoire de Casablanca peut en fournir encore plus.

Dans les principales villes du Maroc sont organisés des centres de « donneurs de sang ».

Pharmacie centrale

Jusqu'en 1919, les formations sanitaires étaient approvisionnées par le Service de Santé Militaire.

En 1919-1920 fut créé un Centre d'approvisionnement à Casablanca.

En 1922, la Pharmacie Centrale de réserve fut organisée et devint un véritable centre industriel (commercial, technique, avec magasins, ateliers, comptabilité, emballage, transport).

La Pharmacie Centrale approvisionne toutes les formations sanitaires du Service de Santé civil, fabriquant elle-même, dans ses laboratoires, de nombreux produits, achetant les autres qui ne peuvent être produits sur place.

On a créé, en 1948, deux annexes de la Pharmacie Centrale : l'une à Fez, l'autre à Marrakech.

Le montant des achats effectués chaque année par la Pharmacie Centrale s'élève à :

En 1922	Frs	2.000.000
1930, ils dépassent		5.000.000
1937, —		9.000.000
1939, —		12.000.000

En 1942, ils dépassent	Frs	19.000.000
1944, —		24.000.000
1945, —		53.000.000
1946, —		70.000.000
1947, —		193.000.000
1948, ils arrivent à		214.500.000
1949, —		480.000.000
1950, ils dépassent		500.000.000
1952, ils arrivent à		825.000.000

Ces achats comprennent :

17.000 colis représentant 950 tonnes de médicaments, pansement ou matériel;
280 millions de médicaments,
90 — de pansements,
12 — de sérums et vaccins,
28 — de matériel courant.

En outre :

100.365 millions d'unités de pénicilline, soit 400.000 ampoules	Frs	30.000.000
220 kg, soit 200.000 ampoules de streptomycine		44.000.000
850 kg, soit 800.000 dragées de Rimifon..		
95.000 capsules d'auréomycine		29.000.000
70.000 — de chloromycétine		
70.000 — de terramycine		
Sulfamides		24.000.000

L'augmentation des formations sanitaires et leurs besoins en médicaments font que plus de 600.000.000 de francs de produits ont été distribués en 1950. On prévoit qu'en 1952 on dépassera le milliard de francs.

Laboratoires régionaux

Les formations sanitaires de quelque importance sont dotées d'un laboratoire clinique, où peuvent être effectués la plupart des examens courants, mais pour les recherches

plus complètes et d'une technicité plus difficile, on a installé dans les chefs-lieux de région des laboratoires qui sont de véritables instituts et où tous les examens peuvent être faits. Il en existe actuellement un dans chacune des villes suivantes : Fez, Marrakech, Meknès, Agadir et Oujda.

A Casablanca, il y a des laboratoires centraux de sérologie, bactériologie, chimie, organisés à la façon des grands laboratoires d'Europe.

L'équipement sanitaire du Maroc est donc devenu aussi complet que possible, et bien des pays d'Europe, même très évolués, pourraient lui envier cette organisation qu'en moins d'un demi-siècle la médecine française est venue lui apporter. Nous en verrons plus tard les conséquences.

Mais il faut savoir encore, car c'est là un point caractéristique de ce pays, que l'évolution continue et ne cessera d'augmenter et de perfectionner ce qui a déjà été fait.

L'œuvre n'est pas terminée, elle ne le sera sans doute jamais, parce qu'on voudra toujours se tenir au courant des derniers perfectionnements, les adapter au pays en les modifiant parfois, mais si l'on regarde sans parti-pris, sans esprit de dénigrement, sans flagornerie, on ne peut pas refuser d'admettre que l'œuvre accomplie jusqu'ici est gigantesque.

Laissons parler les chiffres :

En 1928 :	Hôpitaux régionaux indigènes	6
	Infirmeries mixtes	2
	Infirmeries indigènes	24
	Maternité	1
	Salles de visites	15
	Dispensaires	4
	Groupes sanitaires mobiles	14
	Dispensaires de spécialités	16
En 1934 :	Hôpitaux régionaux indigènes	8
	Maternité	1
	Infirmeries mixtes	3
	Infirmeries indigènes	35

	Salles de visites	42
	Salles de visites des postes militaires	48
	Groupes mobiles	16
	Sections de prophylaxie	6
	Lazarets d'Etat	6
	Dispensaires et cliniques	16
En 1937 :	Hôpitaux régionaux indigènes	9
	Infirmeries mixtes	3
	Infirmeries indigènes	38
	Salles de visites	45
	Postes militaires, infirmeries et salles de visites	56
	Groupes sanitaires mobiles	6
	Groupes de prophylaxie	6
	Groupe ambulant ophtalmologique	1
	Lazarets d'Etat	6
	Dispensaires et polycliniques	18
En 1947 :	Formations sanitaires, hôpitaux musulmans	15
	Hôpitaux mixtes	4
	Infirmeries mixtes	7
	Infirmeries musulmanes	58
	Salles de visites	115
	Groupes sanitaires mobiles	9
	Dispensaires	20
	Maison de cure	1
En 1950 :	Salles de visites	260
	Infirmeries	73
	Groupes sanitaires mobiles	20
	Hôpitaux ruraux	6
	Hôpitaux généraux	21
	Dispensaires ou centres de santé	29
	Dispensaires antituberculeux	13
	Hôpitaux ophtalmologiques	2
	Hôpitaux neuropsychiatriques	2
	Sanatoria	3
	Preventoria	3
	Centre anticancéreux	1

En 1951 : Salles de visites 283
Infirmeries 63
Groupes sanitaires mobiles 23
Hôpitaux ruraux 26
Hôpitaux généraux 21
Dispensaires ou centres de santé 33
Dispensaires antituberculeux 13
Hôpitaux ophtalmologiques 3
Hôpitaux neuropsychiatriques 2
Sanatoria 3
Preventoria 7
Centre anticancéreux 1

En 1952 (voir l'annexe I).

En outre, 4 hôpitaux franco-marocains sont en voie d'achèvement : Rabat, 650 lits; Meknès, 320 lits; Oujda, 500 lits; Safi, 300 lits. Ces hôpitaux sont du type « bloc » et seront prochainement inaugurés.

En 1948, la capacité d'hospitalisation était de 5.600 lits. En 1949, elle passait à 6.100. En 1950, elle atteignait 7.524 lits. En 1951, 8.314, dont 1.893 pour les Européens, 6.421 pour les Marocains.

Elle a été portée à 9.284 en 1952, et on estime qu'elle sera de 11.500 lits en 1953, dont 2.220 pour les Européens et 9.280 pour les Marocains.

En 1952-1953, l'exécution du plan quadriennal, fixé le 1er janvier 1953, portera ce chiffre à 12.000 lits pour 1954 et 15.000 lits en 1956.

Pour l'année 1953, on verra l'achèvement et la mise en service de 36 établissements sanitaires.

L'an dernier (1952), il a été pratiqué, dans les centres de santé du pays :

15.000.000 de consultations,
124.000 hospitalisations,
22.500 interventions chirurgicales,
15.250 accouchements,
325.000 examens de laboratoires,
150.000 examens radiologiques;

en outre :

2.200.000 cm³ de sang

et 1.500.000 cm³ de plasma ont été utilisés.

Personnel. — En dehors des médecins militaires et des médecins civils libres,

517 médecins concourent actuellement au fonctionnement de services publics :

347 sont à plein temps, dont 265 fonctionnaires ou contractuels,

170 à temps partiel;

11 pharmaciens sont en service dans les hôpitaux ou laboratoires d'Etat;

53 sages-femmes pratiquent dans les maternités, hôpitaux ou services de protection maternelle et infantile;

5 chirurgiens-dentistes sont conventionnés pour le service des hôpitaux;

Le personnel infirmier des Services de Santé groupe 1.665 infirmiers de catégories diverses;

Le personnel d'exploitation des hôpitaux s'élève, d'autre part, à 1.567 agents.

Pour l'enseignement du personnel, plusieurs écoles ont été créées :

En 1939 : école d'infirmières d'Etat à Casablanca;

1945 : école d'infirmières musulmanes à Casablanca;

1946 : école d'infirmiers musulmans à Rabat;

école d'accoucheuses musulmanes;

1949 : trois écoles d'infirmières israélites : à Casablanca, Fez et Salé;

1950 : école d'adjoints techniques;

sept écoles régionales d'infirmiers près de chaque hôpital régional.

De nouvelles écoles d'accoucheuses musulmanes sont créées dans les grandes villes du Maroc.

Au total, plus de 400 élèves suivent les cours d'instruction technique.

Cet équipement hospitalier peut-il être étayé par l'enseignement de la médecine ?

C'est le problème même de l'enseignement de la médecine dans les territoires français d'Outre-Mer.

Depuis 1943, le Centre d'Etudes Supérieures Scientifiques (C. E. S. S.) à Rabat permet aux étudiants d'y faire le P. C. B., S. P. C. B et M. P. C.

Les étudiants de 6e année de médecine ont été autorisés à faire leur stage dans les hôpitaux marocains.

Pour l'enseignement proprement dit, ils doivent le suivre à Alger ou dans les Facultés de la Métropole, où Bordeaux en accueille un grand nombre, car le Maroc ne possède pas de Faculté propre.

Les médecins locaux sont contre un tel projet. La Direction de l'Instruction Publique, qui veut aller de l'avant, est pour. La Direction de la Santé Publique ne peut prendre position et se tient donc entre les deux points de vue.

Le premier pas toutefois a été franchi, la première pierre posée par la Faculté de Médecine de Bordeaux, en ce qui concerne l'Enseignement de l'Odonto - Stomatologie. La réforme des études de chirurgie dentaire (décret n° 49.697, du 24 mai 1949) a été inspirée par le désir d'accroître la garantie de base des futurs chirurgiens-dentistes, mais aussi de ne pas prolonger au delà de cinq ans la durée de leurs études. ce qui s'est traduit par la création, à Rabat, grâce à l'initiative d'un Professeur de la Faculté de Bordeaux, d'une première année d'études comprenant le P. C. B. et les matières spéciales : certificat de morphologie, mécanique et prothèse (représentant l'ancien stage).

L'enseignement supérieur est représenté au Maroc par le Centre d'Etudes Supérieures Scientifiques (C. E. S. S.). Il fait face aux nécessités du P. C. B., M. P. C., S. P. C. B. et certains certificats de licence (mécanique, mathématiques générales, géologie, zoologie, etc.). Il est doté de locaux somptueux situés dans le quartier de l'Aguedal, à Rabat, et d'un personnel enseignant de premier ordre.

Il était donc normal que l'enseignement des matières spéciales de chirurgie dentaire apparaisse dans l'Empire chérifien. C'est actuellement chose faite.

CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS
DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DU MAROC

Années	Consultations (1)	Hospitalisations (2)	Journées d'hospitalisation (3)
1912	32.690	»	»
1913	468.942	»	40.857
1914	694.608	»	80.975
1915	906.246	»	109.553
1916	991.713	»	192.332
1917	1.220.818	»	272.763
1918	1.593.363	»	315.389
1919	1.325.554	»	384.530
1920	1.316.240	»	403.719
1921	1.429.382	»	443.064
1922	1.394.740	»	409.180
1923	1.558.932	»	424.538
1924	1.527.066	30.314	418.813
1925	1.740.428	28.624	458.330
1926	1.924.539	37.546	551.467
1927	2.143.970	49.196	676.118
1928	2.152.256	44.480	720.880
1929	2.428.621	38.862	704.328
1930	2.627.704	40.520	745.957
1931	3.086.374	45.465	836.130
1932	3.508.211	48.640	971.189
1933	3.812.789	49.034	1.057.537
1934	4.329.349	52.177	1.131.633
1935	5.162.333	53.640	1.176.793

Années	Consultations (1)	Hospitalisations (2)	Journées d'hospitalisation (3)
1936	6.338.174	64.435	1.365.233
1937	6.804.029	67.603	1.551.751
1938	7.559.111	71.135	1.793.683
1939	9.128.665	66.162	1.483.337
1940	9.013.304	65.372	1.368.277
1941	10.050.869	79.330	1.526.448
1942	8.915.647	87.683	1.574.242
1943	8.959.787	78.469	1.479.265
1944	8.202.507	69.468	1.408.713
1945	8.628.616	96.084	1.625.094
1946	9.659.876	99.239	1.902.145
1947	10.556.051	88.921	1.827.288
1948	10.953.849	91.420	1.873.489
1949	12.185.510	96.724	1.980.856
1950	13.055.903	104.754	2.245.380
1951	14.469.102	114.418	2.508.753
1952	15.000.000	124.000	»

(1) En 1912, le chiffre de 32.690 représente le total des consultations générales données pendant les mois de novembre à décembre, c'est-à-dire depuis la création de l'assistance médicale au Maroc (21 octobre 1912).
(2) La statistique des entrées n'a débuté qu'en 1924.
(3) Aucun renseignement avant 1913.

CHAPITRE V

LA LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES ET LES GRANDS FLÉAUX SOCIAUX

La propagation des grandes épidémies est due en grande partie au manque d'hygiène des populations.

Or, vouloir instaurer des règles strictes d'hygiène dans un pays aussi médiéval que l'était le Maroc en 1912, semblait être une véritable utopie. Problème d'autant plus ardu et compliqué qu'il fallait respecter strictement les croyances et les coutumes. Il ne s'agissait pas de franciser ou d'européaniser les Marocains, il s'agissait de les protéger et de les instruire, de les éduquer, de leur faire accepter par persuasion les méthodes nécessaires à leur protection.

Certes, l'évolution de la population marocaine, l'adaptation aux coutumes européennes peuvent sembler se faire très vite.

Lorsque vous visitez ce pays, lorsque vous voyez des Marocains conduire des tracteurs ou des autos puissantes, lorsque vous dissertez art, philosophie ou politique dans un français impeccable — où se mêle aussi l'argot le plus moderne —, vous pourriez penser à une évolution remarquablement rapide. Elle existe, en effet, au moins en surface, mais non en profondeur. Il existe une élite, certes, qui, grâce à nos écoles, à nos lycées, augmente chaque année. Mais la masse évolue plus lentement. Il est encore

des Marocains qui vivent dans les conditions où vivaient leurs ancêtres, il y a des siècles. Sans doute, leur standing de vie est plus élevé, sans doute ils n'ont plus à craindre les razzias et les guerres entre tribus, ni la famine. Ils se sont adaptés remarquablement à nos méthodes; beaucoup réclament eux-mêmes maintenant les vaccinations et les soins de nos médecins, mais la masse, les femmes surtout, du fait de leur manière de vivre, reste attachée aux vieilles superstitions médiévales et, sur les souks, le « toubib » arabe voit encore clients et clientes s'accroupir devant sa tente de toile.

En outre, toute méthode nouvelle, surtout chez un peuple encore dans l'enfance, fait naître des détracteurs.

N'y a-t-il pas eu, au pays de Jenner, une ligue contre la vaccination jennerienne, et même chez nous, n'avons-nous pas assisté à des polémiques — entre médecins cependant dont on ne veut ni ne peut suspecter la bonne foi — au sujet des vaccinations contre la diphtérie, la typhoïde et la tuberculose ? Ne voit-on pas encore, de nos jours, dans l'armée, des soldats et même, pour ne pas dire surtout, des officiers, essayer de passer au travers de la vaccination triple cependant obligatoire ?

La crainte superstitieuse d'un remède nouveau, d'une méthode nouvelle, n'est pas seulement le fait d'une masse arriérée, c'est un fait humain, une répulsion naturelle.

Mais il est un autre fait, c'est que, dans aucun pays dit évolué, on ne s'est donné autant de mal pour la protection de la vie humaine, bien qu'on ne disposât point, pour la propagande, pour atteindre la masse en profondeur, de la presse ou de la radio. La majeure partie des Marocains est illettrée. On n'a pas attendu que le Marocain vienne à nous, nous sommes allés vers lui. La curiosité, d'une part, la persuasion et l'exemple, d'autre part, ont fait le reste.

COMMISSIONS ET BUREAUX D'HYGIÈNE

Dans toutes les villes où il existe une municipalité, on créa une Commission d'Hygiène composée de techniciens, médecins civils (et militaires s'il y a une garnison), ingénieurs, architectes, notables musulmans, et un Bureau d'Hygiène ayant à sa tête un médecin spécialisé. Leur compétence s'étend à tout ce qui concerne la ville.

Le Directeur du Bureau d'hygiène a plusieurs collaborateurs techniciens. On ne peut, par exemple, construire une villa ou un immeuble sans son approbation, et l'autorisation est refusée si les plans ne sont pas conformes aux règles modernes d'hygiène. C'est ainsi qu'au Maroc, un appartement à usage d'habitation comportant au moins trois pièces doit obligatoirement comprendre une salle de bains.

Au Bureau d'Hygiène sont rattachés un laboratoire municipal, une station d'épouillage, un service de désinfection, un service de dératisation, un centre d'hébergement ou un lazaret, des ambulances et un service de vaccinations. Il s'occupe, en outre, de la surveillance et de l'épuration des eaux. Dans les grandes villes comme Casablanca, le Directeur du Bureau d'Hygiène est entouré de plusieurs adjoints dont chacun a son domaine.

D'autres formations dépendent aussi du Bureau d'Hygiène : ce sont la surveillance et le traitement des filles soumises, l'inspection médicale des écoles.

Toutes ces branches centralisent leurs observations et leurs travaux au Bureau d'Hygiène. D'autre part, le Bureau d'Hygiène est en relations constantes avec l'administration de la ville, et celle de la région avec le service de Santé Maritime et du Contrôle sanitaire aux frontières [1], afin

(1) La protection sanitaire contre les périls extérieurs est confiée au Service du Contrôle sanitaire aux frontières, placé sous l'autorité d'un médecin chef de service, siégeant à Casablanca, qui a la responsabilité de tout le service (contrôle maritime, aérien, terrestre).

que le moindre cas suspect soit signalé et les mesures prises en conséquence.

En cas d'épidémie, le Bureau d'Hygiène adresse à tous les médecins libres de la ville, chaque semaine, le nombre de malades prospectés, et signale à leur attention l'apparition d'un cas de typhus, de peste, de variole, de poliomyélite, etc. C'est au Bureau d'Hygiène également que sont adressées par les médecins libres les déclarations obligatoires de maladies contagieuses.

Chaque médecin possède à cet effet un carnet de déclarations dont chaque feuillet, envoyé en franchise postale, contient les renseignements utiles à l'enquête épidémiologique. La désinfection des locaux habités par le malade est faite, après décès ou guérison, gratuitement par les soins du service de désinfection.

Bien que s'industrialisant peu à peu, le Maroc est surtout encore un pays agricole. Mais l'agriculture indigène est primitive; la charrue est tout en bois, elle égratigne le sol quand les pluies l'ont ramolli après la sècheresse de l'été, et l'on sème en même temps. Certaines cultures sont irriguées, mais ces irrigations agissant depuis des siècles sur des terres sans engrais et qui n'ont comme fumier que les chaumes, appauvrissent le sol peu à peu. Aussi, les rendements sont-ils faibles à côté des splendides moissons des Européens. Il fallait donc montrer aux Marocains que leurs terres rapporteraient beaucoup plus si elles étaient cultivées autrement, et c'est dans ce but qu'on a créé des centres de modernisation du paysannat marocain. Là, les Marocains apprennent les méthodes les plus modernes de la culture, de l'arboriculture, de l'élevage. Là aussi, le médecin est présent.

Chaque secteur a son médecin et son personnel sanitaire, dont la mission n'est pas seulement de soigner les malades, mais encore de faire de la prophylaxie des maladies épidémiques et endémiques, de veiller à l'hygiène des habitations, à l'épuration des eaux de consommation, au besoin

procéder aux désinsectisations, aux épouillages, surveiller aussi la santé des enfants fréquentant l'école du secteur. Ces organisations sont, en somme, de véritables Bureaux d'Hygiène ruraux.

On se rend compte de la documentation considérable que peuvent fournir les formations sanitaires, les Bureaux d'Hygiène, les Centres du paysannat marocain, au point de vue épidémiologique et endémiologique. Mais on ne peut demander à ceux qui œuvrent dans les villes ou dans le bled de tout savoir, de se tenir au courant de tout ce qui se fait en dehors de leur territoire, de tout ce qui se fait en France et à l'étranger. Le médecin de Bureau d'Hygiène et le médecin de bled n'ont ni le temps, ni les moyens de se documenter sur tout, encore moins d'expérimenter.

C'est en partant de cette idée que fut créé, en 1930, l'Institut d'Hygiène de Rabat, inauguré par le Professeur Léon Bernard, Président de l'Organisation d'Hygiène de la S. D. N.

« Etude des facteurs épidémiologiques et hygiéniques propres au Maroc, choix et adaptation des méthodes propres à améliorer la santé publique dans ce pays, diffusion des données pratiques résultant de ces recherches, tel est le programme de l'Institut d'Hygiène. »

(Docteur M. J. Gaud. *Maroc Médical,* n° 296.)

L'Institut d'Hygiène renferme de nombreux laboratoires spécialisés (microbiologie, histopathologie, parasitologie et hématologie, trachomatologie, chimie et toxicologie, transfusion sanguine).

Il comprend encore une division de prophylaxie appliquée, avec trois services (prophylaxie générale pour l'étude épidémiologique des maladies pestilentielles et la lutte contre celles-ci : service antipaludique, service de prophylaxie antituberculeuse).

Enfin, une division de documentation avec une bibliothèque, un service de documentation iconographique et une

publication *(Bulletin de l'Institut d'Hygiène)* complètent « l'arsenal central » de cette importante institution.

L'Institut d'Hygiène a des antennes près des médecins-chefs de régions, c'est ce qu'on appelle les Services Régionaux d'Hygiène et d'Epidémiologie (S. R. H. E.).

Les S. R. H. E. ont la charge :

— De recueillir les renseignements épidémiologiques et de les transmettre aux Services centraux de prophylaxie;

— D'appliquer les mesures prophylactiques selon les directives techniques des Services centraux.

Les Services centraux ont la charge :

— De tenir les S. R. H. E. au courant des recherches et des progrès en matière d'hygiène et d'épidémiologie;

— De les tenir au courant des événements épidémiologiques internationaux pouvant avoir une répercussion marocaine;

— De leur donner des directives techniques pour l'application des mesures de prophylaxie;

— De leur apporter, en cas de péril épidémique débordant les moyens régionaux, l'aide des sections de prophylaxie en réserve à l'Institut d'Hygiène;

— De contribuer à l'instruction du personnel des S. R. H. E., par des stages de formation ou de perfectionnement.

LUTTE CONTRE LA MISÈRE

Autant que le manque d'hygiène, la misère est la grande pourvoyeuse des épidémies et des grands fléaux sociaux. Cela est plus vrai au Maroc que partout ailleurs, et on pourrait dire, carte en mains, qu'ils suivent le même itinéraire.

Lorsque les récoltes sont mauvaises, comme cela arrive dans les années de sécheresse, les miséreux qui ne peuvent être occupés dans les campagnes s'en vont vers les villes, emportant avec eux leurs poux et leurs bacilles. Là, ils

s'entassent dans une promiscuité effroyable, favorable à la contagion.

On a d'abord essayé d'enrayer cet exode en distribuant aux miséreux, dans leur bled, des grains, du sucre, de l'huile, des vêtements, des étoffes. Malheureusement, cela ne suffit pas : il y a trop de dispersion des habitants pour qu'on puisse faire des distributions journalières, et le Marocain est trop négligent, trop imprévoyant pour se rationner. Il consomme facilement, en deux jours, la ration qui devrait assurer sa subsistance pendant une décade. Il faudrait d'autre part, un déploiement de forces de police considérable — et dont on ne dispose pas — pour empêcher les faméliques de se diriger vers les villes en temps de disette.

Aux abords des grandes villes, on a établi des centres d'hébergement. Tous les Marocains qui viennent du bled, et qui sont miséreux, faméliques, qui ne peuvent justifier d'une profession ou d'un emploi, sont conduits dans ces centres d'hébergement.

Là, ils sont épouillés, douchés, leurs vêtements sont passés à l'étuve. Les logements sont aérés, propres, régulièrement désinsectisés et désinfectés. Mis en observation sanitaire, nourris suffisamment, ils peuvent, au bout de quelque temps, repartir chez eux pour y travailler, ou rester à la ville si on peut leur trouver du travail.

LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Depuis l'extinction des grandes maladies pestilentielles telles que la peste, le typhus et la variole, le paludisme occupe la première place parmi les grandes endémo-épidémies qui existent encore au Maroc.

Le paludisme a toujours été endémique au Maroc, revêtant, certaines années, la forme d'épidémie grave, par le nombre considérable de malades, par la gravité des cas et le nombre des décès qu'il entraînait.

L'enfant est particulièrement sensible à l'atteinte du paludisme et c'est, à côté de beaucoup d'autres, une des causes principales de la mortalité infantile au Maroc.

Aussi, la lutte antipaludique a-t-elle été, dès le début de l'arrivée des médecins français dans le pays, une de leurs principales préoccupations.

L'organisation de la lutte antipaludique comprend deux échelons :

— Un échelon central rattaché à l'Institut d'Hygiène, où il possède un laboratoire :

a) Centralisation des données relatives aux fluctuations du paludisme;

b) Direction de l'action prophylactique;

c) Etude et expérimentation, au laboratoire et sur le terrain, des méthodes nouvelles de prophylaxie ou de traitement;

d) Instruction technique du personnel.

— Un échelon régional : les Services Régionaux d'Hygiène et de Médecine Préventive, au nombre de sept, comprenant, selon l'importance du paludisme dans leur zone, une à cinq stations antipaludiques. Ils sont chargés de surveiller l'évolution locale du paludisme, d'assurer l'application des normes antipaludiques.

Dès 1912, la Direction Générale du Service de la Santé commence la lutte rationnelle, basée sur l'étude épidémiologique de la maladie. En 1916, on créa un service spécial antipaludique.

Après une épidémie très sévère, en 1928, la Direction de la Santé et de l'Hygiène Publiques, qui vient alors d'avoir son autonomie sous la direction du Docteur Colombani, organise une section spéciale technique dans le cadre de l'Institut d'Hygiène, qui va se consacrer uniquement à l'étude, à la prophylaxie, au traitement du paludisme. Confié d'abord au Docteur Sicault, puis aux Docteurs J. Gaud et Messerlin, ce service accomplira une œuvre scientifique et une œuvre sociale considérables.

Les travaux qui en résultèrent ne peuvent être malheureusement que résumés. On en trouvera la liste dans de nombreuses publications (voir bibliographie).

Le problème de la lutte antipaludique apparaissait dès le début comme très complexe et sous de nombreux aspects :

— Aspect géographique,

— Aspect démographique et social,

— Aspect financier.

Le sous-sol du Maroc est en général imperméable. Dans les années à pluviométrie élevée, il se forme des marécages appelés « daïas » où l'eau stagne pendant plusieurs mois, dans toutes les dépressions du sol. Elles se couvrent d'herbes diverses et deviennent éminemment favorables à la pullulation des anophèles.

Dans certaines régions, comme le Gharb, régions plates avec vallonnements, bordées de dunes, situées entre les vallonnements et la mer, l'eau ne peut s'écouler. Les grands oueds, gonflés pendant la saison des pluies et au moment de la fonte des neiges, en montagne, débordent dans la plaine, y forment des plans d'eau de plusieurs centaines de kilomètres carrés, qui ne s'assèchent sous l'action du soleil que très lentement; c'est ce qu'on appelle des « merdjas ». Les petits oueds ont un débit très irrégulier. Véritables torrents à la saison des pluies, ils sont presque asséchés en été, réduits à quelques filets d'eau et à des flaques d'eau croupissante. Les bords sont envahis d'herbes, d'arbustes, en particulier de lauriers-roses, où les anophèles trouvent des gîtes favorables.

En dehors de ces eaux stagnantes, il faut encore considérer l'irrigation qu'il est difficile de supprimer, puisque, lorsqu'elle est possible, elle constitue une source de richesse considérable pour l'agriculture. L'irrigation se fait par des canaux peu profonds, appelés « seyas », où l'eau coule lentement. Or, ces « seyas » sont généralement tortueuses, mal entretenues, envahies d'herbes, particulièrement de chiendent, et là encore on trouve de nombreux gîtes d'anophèles.

Le problème de la lutte antipaludique est lié au problème de l'eau. Les Marocains trouvant aux bords des daïas, des merdjas, des oueds, l'eau nécessaire à leur ravitaillement et à celui de leurs animaux, et l'herbe pour nourrir leurs bestiaux, viennent y planter leurs tentes.

Ignorants et insouciants du danger que constitue l'habitation dans les environs des marécages, ils payaient un lourd tribut à la malaria. Les accès pernicieux n'étaient pas rares, entraînant un nombre de décès considérable.

Michel Bonjean cite dans sa thèse (Lyon, 1947), 19 décès en huit jours dans un douar de 214 personnes, à Petit-Jean, en 1941; 80 décès en quinze jours, sur 2.500 personnes, à Taguelf (Atlas central). Ceux qui en réchappaient étaient anémiés, incapables de travailler, et cela dans une saison où la main-d'œuvre est particulièrement nécessaire, au temps des moissons et au temps des labours et semailles.

D'autre part, une grande partie des Marocains ruraux sont de nomades. Ils se déplacent selon les besoins de leurs troupeaux, cherchant les endroits où ils trouveront de l'herbe, c'est-à-dire ceux où il y a de l'eau.

Souvent aussi, certains d'entre eux quittent leurs douars pour aller travailler aux labours et aux moissons, ou encore dans les villes. Ces travailleurs, souvent impaludés, sont des réservoirs de virus qu'ils transportent dans des endroits à peu près sains. Il y a là un brassage de population qui favorise considérablement la dissémination du paludisme, et complique singulièrement le problème de la lutte contre la maladie.

Enfin, l'assainissement des régions de merdjas et de daïas, par drainage, par conduction des eaux vers les grands oueds ou vers la mer, par canaux, exigeait des travaux considérables et des frais énormes.

Cette énumération montre l'étendue et les difficultés du problème.

Jusqu'à la création du Service Antipaludique, on s'était contenté de distribuer de la quinine : gratuitement dans les

formations sanitaires, la vente à moitié prix de la quinine d'Etat (créée en 1924), dans les bureaux de tabac, et à moitié prix également aux colons, aux chefs d'entreprises, aux Sociétés de prévoyance indigène.

Le nombre des médecins, en regard des étendues souvent peu peuplées qu'ils devaient surveiller, était notoirement insuffisant. Il fallait donc créer un service itinérant qui irait voir sur place, découvrir les endroits les plus impaludés, en déterminer les causes, y soigner les malades, les suivre, multiplier les observations. Ce fut le rôle du Service Antipaludique qui, comme les Groupes Sanitaires Mobiles, mais avec une spécialisation et une autre organisation interne, parcourut le territoire, relié au Service Central de l'Institut d'Hygiène, à qui les observations et les lames de sang recueillies étaient envoyées.

En 1915, on distribua 360 kg. de quinine. Cela permit d'enrayer les grandes épidémies paludiques, mais ne résolvait pas le problème. Il fallait, naturellement, s'attaquer à la cause, là où elle se trouvait.

Le premier soin du Service Antipaludique fut de dresser une carte du paludisme au Maroc et de la tenir à jour, car l'intensité variait chaque année, selon la pluviométrie qui est irrégulière dans la plupart des régions.

Cela non plus n'était pas si simple. Il n'existait pas de législation permettant, par la déclaration obligatoire, de connaître les cas de paludisme. Il n'existait pas d'état civil des Marocains, permettant de connaître le nombre des décès.

On adopta alors la méthode des index, préconisée par Ed. et Et. Sergent, basée sur les quatre postulants suivants :

1° Le paludisme retentit sur l'individu en hypertrophiant sa rate et en l'anémiant. La recherche microscopique décèle dans le sang du paludéen l'hématozoaire.

2° Le nombre des rates hypertrophiées et non palustres est pratiquement négligeable en zone d'endémie.

3° Le paludisme frappe surtout les enfants. Chez les

adultes, il s'établit le plus souvent une immunité relative qui aboutit à un retour progressif à la santé.

Il en découle :

a) Que les enfants ont, beaucoup plus souvent que l'adulte, des rates hypertrophiées;

b) Que la recherche de l'hématozoaire dans le sang est beaucoup plus souvent positive chez l'enfant que chez l'adulte.

4° Les enfants de zéro à quinze ans présentent des rates d'autant plus volumineuses qu'ils sont plus exposés aux dangers palustres, la rate grossissant en raison du nombre des réinfestations.

Il résulte, de l'énoncé de ces postulats, qu'un reflet exact de l'atteinte des populations par le paludisme est donné par son étude chez les enfants de zéro à quinze ans.

Pendant les années 1931, 1932 et 1933, plus de 150.000 enfants furent examinés, plus de 100.000 rates furent mesurées. Plus de 20.000 lames de sang furent examinées par le laboratoire de l'Institut d'Hygiène, envoyées par les équipes sanitaires du Service Antipaludique qui parcouraient le bled.

L'index splénique variait, selon les régions, de 4 à 80 %. Le plasmodium trouvé dans 40 % des cas dans les régions les plus infestées, c'est-à-dire dans les zones de daïas et de merdjas.

En même temps, on se livrait à l'étude des différents moustiques. C'est ainsi que l'on a montré qu'au Maroc, le principal vecteur du paludisme est l'*Anopheles maculipennis*. Dans le Gharb, on ne rencontre presque exclusivement qu'une variété d'*A. maculipennis* : *A. maculipennis Sicaulti*.

La densité larvaire n'est pas très élevée, mais on trouve l'insecte adulte en grande quantité dans les habitations humaines et dans les étables, bien qu'il s'attaque presque exclusivement à l'homme. Il peut franchir de grandes distances et on peut le rencontrer à 4 ou 5 kilomètres des

gîtes anophéliens. On l'a trouvé jusqu'à 1.700 mètres d'altitude. C'est donc un vecteur du paludisme extrêmement dangereux.

On rencontre encore, mais moins fréquemment, *A. Claviger, A. Sergenti, A. Turkhudi, A. multicolor* (rare, sauf dans les oasis sahariennes).

L'étude préalable de l'ennemi étant faite, ses positions repérées, ses habitudes, ses mœurs ayant été relevées, il fallait dresser un plan de bataille et le mettre à exécution.

De quelle façon pouvait-on atteindre le virus paludique ?

1° Chez les impaludés : c'est la lutte antiplasmodiale.

2° En détruisant les moustiques vecteurs de virus ou en détruisant les gîtes où il peut se développer et pulluler : c'est la lutte antilarvaire et la lutte anti-anophélienne.

— La lutte antiplasmodiale est faite par la prophylaxie médicamenteuse. C'est une prophylaxie collective, en ce sens que, réduisant les accès chez les impaludés, et protégeant les non impaludés, elle a tendance à supprimer ou, du moins, à réduire les réservoirs de virus.

Mais, dans les périodes d'épidémie, on emploie alors les traitements des masses : traitement des malades par le « traitement standard », qui consiste en injections de quinidyl, puis quinacrine ou prémaline. En même temps, toute la population reçoit la médication prophylactique : quinacrine, prémaline ou nivaquine, distribuée chaque semaine.

— La lutte antilarvaire comprend plusieurs procédés appliqués suivant les cas, selon la densité de la population environnante et selon l'étendue de la zone infestée. Autour d'une agglomération urbaine ou d'un gros centre rural, on organise des secteurs antilarvaires (33 en 1952).

— Le désherbage des daïas, la régularisation des canaux d'irrigation et des séguias;

— Le mazoutage des grandes étendues d'eau (180.000 litres en 1952) ;

— Les épandages des insecticides de contact qui se feront par avion ou par pulvérisation dans les habitations

et les petites étendues (80.000 kg. en 1952, 25.000 maisons désinsectisées, 60.000 personnes protégées et 5 tonnes de D. D. T. employées).

Enfin, des travaux d'assainissement ont été effectués par les Services du Génie Rural et des Travaux Publics, en collaboration avec les Services Antipaludiques : ils consistent en drainages, en régularisation des petits cours d'eau, en plantations d'arbres qui absorbent beaucoup d'eau (eucalyptus, mimosas). Certaines régions ont été ainsi complètement transformées et, de marécages improductifs et dangereux, sont devenues de belles terres plantées d'arbres dont le bois ou les écorces (fabrication du tanin) constituent une vraie richesse, ou plantées de magnifiques orangeries.

Il a fallu pour cela investir des centaines de millions de francs, mais la récupération de terres fertiles et profondes, la disparition du paludisme là où il constituait un véritable fléau, justifient ces dépenses qui seront grandement récupérées.

Evidemment, il reste beaucoup à faire encore, mais le Protectorat continue la tâche qui n'est pas l'œuvre d'un jour, et les résultats sont là pour encourager cette continuation.

La mortalité infantile a diminué dans d'énormes proportions : l'enfance payait autrefois un tribut très lourd au paludisme.

Dans les villes, le paludisme est devenu à peu près inexistant, malgré l'arrivée toujours plus grande de Marocains venant du bled.

Dans les campagnes, il se fait de plus en plus rare, et l'on peut espérer que, dans quelques années, il aura presque complètement disparu, à condition, bien entendu, que l'on continue l'effort qui a été soutenu jusqu'ici.

PALUDISME

Années	Totaux des consultants	Cas de paludisme	Consultants (p. 1.000)
1928	2.152.256	180.000	55,76
1929	2.428.621	77.869	32,06
1930	2.627.704	86.021	32,73
1931	3.086.374	112.862	36,56
1932	3.508.211	99.645	28,40
1933	3.812.789	111.029	29,12
1934	4.329.349	168.742	38,97
1935	5.162.333	135.176	26,18
1936	6.338.174	190.000	29,97
1937	6.804.029	138.130	20,30
1938	7.559.111	144.398	18,85
1939	9.128.665	198.954	21,79
1940	9.013.304	176.877	19,62
1941	10.050.869	360.264	35,84
1942	8.915.647	286.084	32,08
1943	8.959.787	292.076	32,89
1944	8.202.507	156.858	19,12
1945	8.628.616	158.638	18,38
1946	9.659.876	260.976	27,01
1947	10.556.051	303.740	28,7
1948	8.620.640	246.171	28,5
1949	12.176.229	233.830	19,20
1950	13.055.336	151.807	11,62
1951	13.613.683	145.052	10,6

Le paludisme semble donc en nette décroissance, d'autant plus que les Marocains sont plus éduqués à ce point de vue, et qu'ils consultent beaucoup plus volontiers qu'autrefois. D'autre part, la population a presque doublé en quarante ans, et la lutte antipaludique n'y est pas pour rien.

LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

La syphilis a toujours été très répandue au Maroc. Elle constitue la grande pourvoyeuse de la mortinatalité et de la mortalité infantile.

La syphilis marocaine, chez les indigènes, s'attaque peu aux viscères et au système nerveux : le tabès, la paralysie générale, l'hémiplégie syphilitique sont rares. Par contre, on observe des lésions cutanées et osseuses, avec destruction des tissus, qu'on ne rencontre presque jamais en Europe.

Avant notre arrivée, les causes de l'extension de la syphilis, qui menaçait sérieusement la population entière et la race même, étaient nombreuses : d'abord, le fatalisme musulman, le manque de soins hygiéniques, la prostitution, la polygamie, le manque et l'ignorance des soins appropriés, la promiscuité dans laquelle vivent les Marocains étaient autant de facteurs favorisant la transmission de la maladie et son évolution.

Les premiers pionniers de la médecine française au Maroc commencèrent à traiter les malades, mais si les résultats immédiats furent brillants — car ces syphilis plus ou moins mutilantes, avec de grosses lésions apparentes, s'atténuaient facilement et réagissaient très bien aux médications restreintes qu'on pouvait alors appliquer — les malades étaient seulement « blanchis ». Il faut, pour soigner complètement une syphilis, une constance et une régularité dont les Marocains de cette époque n'étaient pas capables. D'autre part, il n'y avait pas une organisation réelle de la lutte antivénérienne; celle-ci se bornait à distribuer quelques comprimés de protoiodure de mercure, faire quelques injections de biodure ou d'huile grise, et distribuer de l'iodure de potassium, ce sel s'étant montré particulièrement efficace et jouissant d'une grande réputation chez les Marocains.

En 1916, deux distingués syphiligraphes de Paris, les Docteurs Leredde et Lacapère, furent affectés au Maroc et commencèrent l'organisation de la lutte contre le péril vénérien.

Deux dispensaires spécialisés furent créés, l'un à Casablanca (Docteur Leredde), l'autre à Fez (Docteur Lacapère). Ces deux médecins diffusèrent les règles de l'emploi du novarsénobenzol dans la térapeutique antisyphilitique, et les résultats furent tellement spectaculaires que bientôt les malades envahissaient littéralement les formations sanitaires. Il fallut ouvrir de nouveaux dispensaires dans toutes les villes.

D'autre part, dans toutes les infirmeries du bled, les médecins savaient et pouvaient employer dorénavant la médication arsenicale et faire en même temps l'éducation des malades. Chacun recevait une carte de soins qu'il gardait précieusement et qu'il brandissait devant les « non inscrits » quand il venait se faire soigner, car cela lui donnait une sorte de priorité : il était un familier, un « de la maison ». Il y eut une transformation heureuse dans la mentalité des malades; ceux-ci avaient compris la nécessité de la continuité dans le traitement.

En même temps que le traitement systématique, grâce à cette nouvelle mentalité, de cette continuité des Marocains, on put faire des recherches systématiques : prises de sang avec réactions sérologiques suivies, recherche du tréponème à l'ultra-microscope, ponctions lombaires avec examens de liquide céphalo-rachidien. Au seul dispensaire de Casablanca, du 24 avril au 31 décembre 1916, 3.000 analyses sérologiques furent pratiquées et 385 syphilitiques avérés furent soignés. Ils reçurent dans l'ensemble 2.300 injections. Au dispensaire de Fez, du 1er juillet au 31 décembre 1916, on vit défiler 2.196 consultants et 1.287 injections ont été pratiquées. Le nombre des séro-réactions fut de 342. Grâce à la fiche de traitement qu'ils considèrent comme un talisman, les malades peuvent, au cours de leurs

déplacements, se faire soigner dans une autre formation sanitaire, avec la même unité de doctrine. Le Service de Santé fit, en effet, parvenir à tous les médecins les instructions données par le Docteur Leredde dans une circulaire officielle et les médicaments nécessaires furent envoyés à ces médecins. On y ajouta bientôt le bismuth et le cyanure.

La doctrine de Leredde était celle-ci : en soignant les malades, on fait de la prophylaxie directe, puisque tout au moins on les blanchit et les empêche d'être contagieux; mais on fait encore de la prophylaxie indirecte en leur enseignant ce qu'est leur mal, comment on l'évite, comment et pourquoi il faut le soigner.

Actuellement, dans les dispensaires, les médications les plus modernes sont appliquées par les médecins spécialisés. Dans les maternités et les dispensaires, la pénicilline est employée pour le traitement des femmes enceintes et des enfants syphilitiques, mais son prix élevé n'a pas encore permis de l'appliquer à tous. Ce sont l'arsenic et le bismuth qui restent les médicaments de choix dans la lutte contre la syphiis.

En 1952, on a pratiqué 2.185.267 injections antivénériennes.

— Une autre question qui se pose avec une acuité toujours grandissante est celle de la prostitution.

La prostitution a toujours existé au Maroc et elle était, avant l'arrivée des Français, absolument libre.

Or, étant donné les mœurs, l'état de saleté, la promiscuité, le manque d'hygiène la plus élémentaire, l'absence complète de traitement des femmes malades, les prostituées étaient des réservoirs permanents de syphilis, de chancrelle et de blennorragie.

Les choses ont-elles beaucoup changé ? Hélas ! malgré les efforts des médecins, et en particulier ceux du Docteur Lepinay, Conseiller technique de la Santé Publique pour la vénéréologie, qui s'est penché sur le problème pendant de longues années, la prostitution — et surtout la prostitution clandestine — continue à sévir.

Dans un article très documenté (*Maroc Médical* de janvier 1950, p. 127), le Docteur Lepinay en donne les causes :

« Ce qu'il faut bien préciser, c'est que cette prostitution n'est pas née au Maroc avec la venue des Français. Elle y exista de tout temps, sous des formes variées.

« Elle s'est cependant développée au cours de ces dernières années avec la formation et la concentration, dans les villes, d'un prolétariat musulman et israélite, féminin et masculin, le plus souvent célibataire, et aussi avec la liberté que la main-d'œuvre et la domesticité féminine acquirent après l'arrivée des Français.

« Pour la classe d'humble condition, la prostitution fut un moyen fort simple de vivre et de parfaire ses gains. Dans certains milieux, musulmanes ou israélites sont toujours prêtes à se prostituer, si l'occasion s'en présente, avec l'assentiment — et, si besoin est, avec la protection — d'un père, d'une mère ou d'un mari.

« On a écrit que « misère et pauvreté » favorisaient l'extension de la prostitution. Cela reste vrai pour le Maroc, mais ce ne sont point les seules causes de cette plaie sociale et humaine.

« Depuis trente ans, les conditions d'existence de la femme marocaine ont complètement changé. A une claustration plus ou moins absolue, à une vie d'esclave pour certaines, ont succédé, avec l'accès à la liberté, des possibilités pour toutes et le libre choix d'un travail rémunérateur. Mais le travail n'empêche nullement certaines femmes de continuer de se livrer à une prostitution intermittente ou même de préférer au travail tous les profits d'une prostitution professionnelle.

« La plupart de ces femmes ne sont pas, comme certains le prétendent en d'autres pays, des déficientes mentales, de mœurs faciles, dépourvues de sens moral, indifférentes aux gestes sexuels; ces femmes, aux instincts primitifs, ont une tendance raciale à la paresse ou au moindre effort.

« Et ce facteur psychologique doit être retenu... »

Nombreuses sont les prostituées professionnelles, ne vivant que de la prostitution. Parmi elles, il en est beaucoup de clandestines; les autres sont en « prostitution surveillée ». En 1948, on en comptait 725 à Casablanca, 260 à Rabat. Ces femmes habitent un quartier spécial, dit quartier réservé, où elles ont un habitat convenable, où elles peuvent prendre les soins de propreté et d'hygiène indispensables. Il existe un dispensaire-hôpital, dirigé par une doctoresse en médecine spécialisée. Les femmes doivent s'y présenter à jours fixes, sont examinées soigneusement, soignées et hospitalisées si elles présentent des manifestations contagieuses. Malheureusement, ce n'est qu'une infime minorité.

En 1948, en effet, au cours de rafles, on a pu rassembler à Casablanca 1.226 femmes contaminées. Ces chiffres eux-mêmes ne représentent qu'une très petite partie des prostituées clandestines.

Cependant, les quartiers réservés ne sont pas inutiles; la syphilis et les maladies vénériennes contagieuses sont beaucoup moins nombreuses chez les femmes surveillées que chez les clandestines.

Proportions des contaminations chez les Européens :

Origine indigène	76 %
Origine européenne	24 %.

Proportions des contaminations par les prostituées indigènes :

Prostituées surveillées	22 %
Prostituées clandestines	78 %.

La syphilis en milieu rural. — Dans les infirmeries rurales et au cours des tournées des Groupes Sanitaires Mobiles, la lutte contre la syphilis et les maladies vénériennes s'intensifie. Dans les infirmeries, le médecin dispose de 8 à 10 lits où il peut hospitaliser quelques malades. Les Groupes Sanitaires Mobiles visitent les souks chaque semaine; la salle de visite est une simple tente sous laquelle

sont données les consultations et les traitements, mais malgré la précarité de l'installation, les traitements peuvent être faits assez régulièrement.

Les malades viennent volontiers se faire soigner, puisque dans tout le Maroc, pendant l'année 1948, sur 2.245.035 consultations, il y eut 1.836.761 consultations (soit 60 %) de vénériens.

A eux seuls, les Groupes Sanitaires Mobiles ont eu :

	Consultants	Vénériens	Proportions
1940.....	275.722	79.672	28,82 %
1944.....	335.095	85.320	26,13 %
1948.....	627.388	139.388	22,22 %

1952 (chiffres non parvenus).

La syphilis et les affections vénériennes sembleraient donc en régression, mais il y a encore beaucoup à faire.

Il faut noter, en effet, que si, dans les villes, les femmes, même en dehors des prostituées des « quartiers réservés » se font assez volontiers soigner, si les hommes, dans le bled, consultent pour leurs accidents syphilitiques et subissent assez régulièrement les traitements, il y a encore fort peu de femmes qui viennent consulter le médecin pour des maladies vénériennes, dans les milieux ruraux.

Il faut encore bien des années d'éducation, qui ne peut se faire que lentement et progressivement. Il faut aussi un changement dans les mœurs, dans les coutumes, dans l'évolution sociale du peuple.

Dans tous les pays, le facteur temps a une importance capitale : ces évolutions, pour qu'elles soient durables, doivent être faites en profondeur. On ne change pas en cinquante ans l'âme profonde d'un peuple, de la masse du peuple, si éducable soit-il, et surtout lorsqu'on a à lutter contre un fatalisme qui est si fortement ancré dans l'âme musulmane. Quoi qu'il en soit, on a déjà obtenu des résultats qui ne sont pas négligeables. Les syphilis tertiaires, à grands délabrements, tels que les ont décrites Lacapère,

Laurent et Decrop dans leur livre « La syphilis arabe », n'existent pour ainsi dire plus. La mortalité infantile, la morti-natalité sont en régression constante dans des proportions encourageantes.

On peut, dès lors, penser qu'un jour viendra, assez proche, où la syphilis marocaine ne sera pas plus fréquente qu'en Europe, et peut-être moins fréquente encore, car la notion de « maladie honteuse » qui empêche encore de se soigner tant d'Européens, n'existe pas chez les Marocains.

LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

La tuberculose existait au Maroc avant l'arrivée des Français, mais ceux qui en étaient atteints n'avaient guère le temps de contaminer leur entourage. Laissés sans soins, parfois exclus du cercle familial, souvent anémiés par le manque d'une nourriture substantielle, par le paludisme ou par la syphilis, ils ne tardaient guère à succomber.

Il est impossible de se rendre compte par des chiffres de ce que pouvait être la mortalité par la tuberculose, l'état-civil n'existant pas ou n'étant pas obligatoire chez les Marocains, mais on peut se rendre compte que la morbidité et la mortalité par tuberculose sont en progression.

En ce qui concerne la morbidité, il faut tenir compte de ce fait que les consultants dans les dispensaires sont de plus en plus nombreux du fait que le nombre de ces dispensaires a augmenté, que la population a doublé depuis quarante ans, et que le Marocain vient de plus en plus volontiers consulter et se faire soigner.

Enfin, le dépistage systématiquement pratiqué dans les administrations, dans les écoles, dans les usines, dans les tournées à travers le bled de Groupes Sanitaires Mobiles, et dans toutes les infirmeries, dotés d'appareils de radioscopie démontables et marchant à l'aide de groupes électrogènes, a permis de se faire une idée plus exacte de la progression de la tuberculose pulmonaire au Maroc.

Les causes de cette sensible progression sont multiples. Dans le passé, l'habitant du bled, malgré l'inconfort du logement et la nourriture souvent restreinte, vivait au grand air, travaillait peu, résistait assez bien et n'avait que peu de chances de contaminer son entourage. L'attrait des salaires élevés, la curiosité vis-à-vis d'une autre existence que celle du fellah ont poussé les Marocains du bled à émigrer vers les villes. L'industrialisation progressive du pays, qui demande une main-d'œuvre nombreuse et bien payée (relativement, vu l'augmentation du prix de la vie), a poussé les gens du bled à déserter les campagnes et à venir dans les villes chercher du travail.

Le campagnard qui vient en ville trouve difficilement à se loger et le prix des loyers, malgré tout ce qu'on a pu faire jusqu'ici, est excessif. Aussi, les nouveaux venus s'entassent-ils dans des habitats généralement malsains. Leur instinct grégaire les pousse à vivre en commun, entre gens originaires d'une même région, d'où le surpeuplement favorable à la contamination.

Certaines grandes sociétés industrielles, certains industriels compréhensifs (Office chérifien des Phosphates, Société Sucrière, Etablissement Dolbeau à Casablanca), comprenant l'intérêt de la conservation de la santé de leur main-d'œuvre, ont fait construire des cités ouvrières pour leurs employés marocains. Ces cités sont propres, confortables, visitées régulièrement par les médecins et les assistantes sociales attachées à ces établissements, et la morbidité tuberculeuse et épidémique y est rare. Mais les ouvriers de petites industries ou de petits patrons s'entassent au bord des villes, dans de véritables cités de taudis, où ils louent à prix fort — à leurs coreligionnaires presque toujours — et construisent là des baraques en terre, en vieux bidons, en tôle ondulée. C'est ce qu'on appelle des « bidonvilles ». Ces bidonvilles abritent parfois plusieurs milliers d'habitants.

D'autre part, un grand nombre de ces émigrés, venus

particulièrement du Sud du Maroc, sont encore anergiques à leur arrivée. Ils se contaminent facilement et font leur primo-infection dans des conditions déplorables, aussi ont-ils tôt fait de présenter des lésions ouvertes et disséminent-ils autour d'eux leurs nombreux bacilles de Koch.

Beaucoup de Marocains sont allés, entre les deux guerres mondiales, travailler en France, dans des usines où ils touchaient de hauts salaires, mais, la plupart du temps, ils envoyaient leur argent aux parents restés dans le pays, pour acheter de la terre, une maison, créer un magasin d'épicerie (c'est presque une spécialité au Maroc, pour les originaires du Sud, les seuls vraiment travailleurs). Ils vivaient en France dans de mauvaises conditions pour économiser davantage ou, pour certains autres, hélas, s'adonner à l'alcoolisme. Aussi, à leur retour, un grand nombre sont des tuberculeux avancés.

Enfin, beaucoup d'anciens soldats des deux guerres ont contracté en Europe une tuberculose qui a été soignée, certes, mais pas toujours suffisamment, surtout chez les anciens prisonniers. Leur état a souvent nécessité une réforme avec une pension qui suffirait peut-être à l'individu, mais ne suffit pas à le nourrir avec sa famille.

On comprend quelle peut être l'acuité du problème dans un pays neuf, où la construction a été retardée pendant les deux guerres, qui ne produit pas encore suffisamment pour faire face à tous ses besoins, et où il faut tenir compte d'habitudes, de traditions familiales et sociales très ancrées dans l'esprit des gens, et auxquelles on ne peut pas, on ne doit pas toucher.

Cependant, le problème, si ardu soit-il, a été attaqué avec vigueur, et on y a dépensé des sommes considérables.

Dès 1921, sous l'égide de Mme Lyautey, un dispensaire anti-tuberculeux fut créé par la Croix-Rouge, à Fez, et un autre à Casablanca (U. F. F.). Ces dispensaires, d'abord destinés aux anciens soldats, puis à tous les Marocains, reçurent bientôt les Marocains, les Israélites et les Euro-

péens (hommes, femmes et enfants). En 1927, un autre dispensaire anti-tuberculeux était créé à Marrakech; en 1929, un autre à Meknès; en 1938, un autre à Mogador; en 1939, un à Oujda.

Ces dispensaires étaient installés souvent dans des conditions assez précaires. Ils ne possédaient, à leur début, ni radio, ni laboratoire, étaient situés dans des endroits souvent difficiles d'accès.

En outre, il faut se rappeler qu'à cette époque les armes thérapeutiques contre la tuberculose étaient bien minimes. Néanmoins, il serait injuste de minimiser leur importance. C'était un premier pas, encore bien chancelant sans doute, dans la lutte anti-tuberculeuse. Ils ont eu le mérite de faire la prospection des malades, grâce à ceux qui venaient consulter au dispensaire et permettaient ainsi des enquêtes dans les différents quartiers des villes. D'autre part, et ce n'est pas moins négligeable, ils avaient appris aux Marocains le danger de la maladie, sa contagiosité, la nécessité de prendre des précautions d'hygiène. Si la thérapeutique était primitive et peu efficace dans bien des cas, elle préparait l'avenir. On avait créé quelques pneumothorax, mais les malades étaient trop irréguliers, généralement, si bien que l'on se contentait d'injecter des sels d'or, en vogue à ce moment-là, des compositions à base de choline, du cacodylate, des extraits de foie. Cela paraît maintenant, à ceux même qui l'ont pratiqué jadis, bien peu de chose à côté des réalisations actuelles, des résultats obtenus par la streptomycine, le rimifon, le P. A. S., les interventions de collapsothérapie. Disons cependant que l'activité des dispensaires anti-tuberculeux n'était pas médiocre (voir tableau, pp. 76 et 77).

Les dispensaires anti-tuberculeux furent donc, au début, à la fois des organes de dépistage et des organes de traitement. Mais il était presque impossible de soigner chez eux, d'une façon efficace, des malades tuberculeux dans les conditions de vie où ils se trouvaient. On ne pouvait les hospitaliser, et le Maroc ne possédait alors aucun sanatorium. Cette situation paradoxale n'était pas sans retenir l'attention du Service de la Santé, mais il était impossible, matériellement et financièrement, de créer à la fois des hôpitaux spécialisés et des sanatoria en nombre suffisant. On commença donc par utiliser et aménager ce qu'on avait :

En 1940, un service de 8 lits fut aménagé à l'hôpital marocain Cocard, à Fez. A Casablanca, on installa un service de 120 lits à l'annexe Jules-Mauran (hôpital d'El Hank). A Marrakech, à l'hôpital de l'Amerchich, 120 lits furent réservés aux tuberculeux marocains.

En attendant que les projets à l'étude fussent réalisés, les tuberculeux Européens étaient soignés dans des salles réservées des hôpitaux civils.

ÉTAT ACTUEL DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX AU MAROC

Dépistage

Le Maroc possède actuellement 12 dispensaires antituberculeux qui reçoivent à des jours différents Européens, Israélites et Marocains. A chacun de ces dispensaires sont attachées un certain nombre d'assistantes sociales qui font les enquêtes en vue du dépistage et, le cas échéant, en vue de l'octroi de secours.

Il existe 3 dispensaires à Casablanca, 1 à Rabat, 1 à Marrakech, 1 à Fez, 1 à Oujda, 1 à Mogador et 1 à Meknès. En outre, dans les agglomérations où il n'y a pas de dispensaire, les malades peuvent aller consulter dans les

CONSULTANTS DANS L

Années	MUSULMANS				ISRAÉLITE	
	Hommes	Femmes	Enfants	Total	Hommes	Femmes
1928	4.621	4.457	3.727	12.805	728	601
1929	3.821	4.043	4.099	11.963	509	568
1930	4.929	5.529	5.079	15.537	878	756
1931	3.355	3.856	3.102	10.313	981	861
1932	9.666	13.369	9.745	32.780	2.458	2.306
1933	4.295	4.402	3.611	12.308	2.068	2.236
1934	4.926	4.805	4.670	14.401	2.910	3.047
1935	6.061	6.112	4.854	17.027	3.127	3.166
1936	6.140	6.222	4.935	17.297	3.390	3.059
1937	5.453	5.881	2.291	13.625	2.291	2.174
1938	4.487	4.665	1.871	11.023	1.871	1.735
1939	8.877	10.133	6.818	25.828	6.067	7.792
1940	6.933	10.286	7.982	25.201	4.961	6.602
1941	7.487	11.891	9.669	29.047	5.709	8.206
1942	6.812	11.116	9.123	27.051	4.399	6.778
1943	5.606	11.575	9.207	26.388	2.570	4.691
1944	5.246	10.454	7.468	23.168	2.174	3.813
1945	5.198	9.639	10.256	25.093	2.015	3.799
1946	6.261	10.033	8.513	24.807	2.073	4.146
1947	6.193	9.659	8.910	24.762	2.598	4.153
1948	9.789	12.777	12.807	35.373	3.631	4.617
1949	15.326	16.629	18.297	50.252	3.551	3.434
1950	37.870	38.784	38.169	114.823	4.006	4.072
Totaux.	179.352	226.317	195.203	600.872	64.965	82.612

ENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX

RAÉLITES		EUROPÉENS				TOTAL GÉNÉRAL
NFANTS	TOTAL	HOMMES	FEMMES	ENFANTS	TOTAL	
478	1.807	340	369	247	956	15.568
533	1.610	238	311	639	1.188	14.761
679	2.313	162	285	340	787	18.637
1.173	3.015	452	591	530	1.573	14.901
2.178	6.942	1.619	2.077	1.120	4.816	44.538
2.383	6.687	1.227	1.346	1.279	3.852	22.847
3.610	9.567	1.859	1.964	1.985	5.808	29.776
3.075	9.368	1.842	2.081	1.646	5.569	31.964
3.191	9.640	2.637	2.646	2.170	7.453	34.390
2.456	6.921	1.672	1.640	1.773	5.085	25.631
2.138	5.744	1.561	1.571	2.068	5.200	21.967
8.711	22.570	2.380	2.690	2.416	7.486	55.884
8.339	19.902	2.015	2.503	2.098	6.616	51.719
7.871	21.786	2.783	3.401	2.329	8.513	59.346
6.352	17.529	2.016	1.707	1.558	5.281	49.861
5.303	12.564	1.245	1.433	1.351	4.029	42.981
4.667	10.654	1.206	1.566	2.187	4.959	38.781
4.283	10.097	1.113	1.238	2.578	4.929	40.119
3.887	10.106	1.737	1.699	7.224	10.660	45.573
4.848	11.599	1.710	1.517	7.822	11.049	47.410
4.849	13.097	2.240	2.047	2.625	6.912	55.382
4.588	11.573	3.841	2.499	2.713	9.053	70.878
6.251	14.329	5.208	2.853	5.691	13.752	142.904
91.843	239.420	41.103	40.034	54.389	135.526	975.818

formations sanitaires locales qui établissent une fiche, hospitalisent et traitent ou, le cas échéant, adressent les malades au dispensaire le plus proche.

En outre, il existe des missions de radio-dépistage, qui procèdent chaque année à l'examen systématique de tous les fonctionnaires au siège même de leur Administration, afin de ne pas désorganiser les services. Tous les enfants des lycées, écoles publiques ou libres reçoivent la cutiréaction et sont examinés à la radio. Il en est de même dans les sociétés industrielles.

Ces missions, qui exercent non seulement dans les villes, mais aussi dans le bled, sont en liaison avec les dispensaires antituberculeux qui, eux, feront faire les enquêtes sur la famille, l'habitat, etc.

Prophylaxie

Ce que nous avons dit de la situation sociale des Marocains atteints de tuberculose montre les difficultés qui apparaissent dans la lutte antituberculeuse, au point de vue prophylactique.

Il y a deux aspects à considérer :

1° Empêcher les incurables de disséminer leurs bacilles;

2° Protéger les individus sains, en particulier les enfants.

Pour réaliser la première partie du programme, on a construit, dans les hôpitaux, des bâtiments en matériaux légers, réservés aux tuberculeux curables et incurables, en les séparant les uns des autres.

Pour la prévention, les milliers de cuti effectuées dans tout le Maroc, au cours des missions de radio-dépistage, ayant montré que beaucoup de sujets — dans le Sud en particulier — étaient indemnes encore, on a pratiqué en masse des injections de B. C. G. Plus de 3 millions d'individus testés, 1.500.000 vaccinés.

On espère, par cette prophylaxie de masses, obtenir des résultats de même ordre, sinon aussi encourageants, que pour le typhus et la variole.

D'autre part, on a construit des preventoria en demi-altitude. L'un à Oued Zem comprend 130 lits, l'autre à Sidi el Ayachis en possède 60. A Meknès, un autre preventorium fonctionne depuis novembre 1951, un autre vient de s'achever à Ben Ahmed et dispose de 200 lits.

Il faut ajouter à cela un preventorium privé pour les enfants des écoles de la ville de Casablanca, preventorium doté d'une subvention de la ville et d'une subvention du Service de la Santé et de la Famille. Ce preventorium (l'œuvre « Pauline-Kergomard ») est situé dans une très belle propriété, dans un des plus beaux et des plus sains quartiers de la ville. Il reçoit gratuitement les enfants de six à douze ans. Le séjour y est au minimum de trois mois et peut être prolongé jusqu'à un an. Les pensionnaires peuvent continuer leurs études à l'école annexée au preventorium, et qui se trouve dans l'établissement même.

Il existe en outre, depuis 1953 : les preventoria d'Aïn Chock (110 lits), de Ben Ahmed, Salé, Mesdra-Jorf et Pagnon à Meknès.

On est aussi en train de créer en montagne, à Immouzer du Kandar (1.300 mètres) et à Séfrou (800 mètres), dans le Moyen-Atlas, des aériums pour les enfants des villes.

Enfin, nombreuses sont les œuvres, publiques ou privées, qui ont créé des colonies de vacances en montagne ou à la mer.

Traitement

Nous avons vu que les dispensaires antituberculeux furent d'abord, à la fois, des organes de dépistage et de traitement. Mais les moyens de traitement et surtout d'isolement étaient fort insuffisants.

A quoi bon faire du dépistage si on ne pouvait pas lui donner la suite naturelle, c'est-à-dire le traitement, et, dans les cas où c'était utile et nécessaire, l'hospitalisation où le malade pouvait se reposer, être nourri et recevoir tous les soins nécessaires avec toutes les ressources de la médecine moderne ?

Il aurait fallu construire, construire encore et construire toujours. Mais il ne faut pas oublier que les budgets étaient limités, que la deuxième guerre mondiale avait raréfié la main-d'œuvre, fait monter en flèche les prix des matériaux. Et cependant, la nécessité de sanatoria se faisait de plus en plus pressante.

Les programmes de constructions et d'aménagements étaient prêts, mais il fallait passer à l'exécution et c'était moins facile.

Pour les Marocains, nous l'avons déjà dit, on disposait, à partir de 1940, de : 80 lits à Fez, 120 lits à Casablanca, à Rabat (Centre médico-chirurgical de l'Hôpital Marie-Feuillet) où 5 lits sont réservés à la chirurgie pulmonaire, 120 lits à Marrakech, 70 lits à Meknès.

On créa un centre sanatorial médico-chirurgical en montagne, à Azrou, où toutes les interventions pouvaient être faites : pneumo-thoraco, pneumo extrapleural, sections de brides, etc.).

Le sana d'Azrou avait été créé par une ancienne infirmière des Sanatoria d'Hauteville, non pas pour des tuberculeux, mais comme maison de repos, qui devint bientôt un hôtel : Hôtel Hélios. L'hôtel fut d'abord réquisitionné, puis acheté par l'Etat. Il pouvait recevoir pour un assez long séjour à la fois Européens et Marocains.

A Ben Ahmed, on fonda un sanatorium exclusivement marocain qui, de 150 lits au début, fut agrandi et contient maintenant 187 lits.

On possède donc actuellement 3 sanatoria qui, ayant été agrandis et aménagés, donnent comme capacité :

Sanatorium de Ben Ahmed	187 lits
Sanatorium d'Azrou	100 —
Sanatorium de l'Amerchich (Marrakech).	225 —

Un magnifique sanatorium sera mis en service en 1953. Il a été construit en montagne, Ben Sminn, entre Ifrane et Azrou, bien abrité des vents dominants, dans une région

boisée, et comprendra les aménagements les plus modernes, avec toutes les ressources de la phtisiologie moderne, aussi bien chirurgicales que médicales. Il ouvrira avec 320 lits, mais on pourra, dans l'avenir, créer de nouveaux pavillons, les services généraux ayant été prévus pour beaucoup plus.

En 1950, on avait créé à Rabat un centre de chirurgie pulmonaire. En 1952 fut inauguré un pavillon annexe de l'Hôpital Jules-Colombani, à Casablanca, où sont admis Européens et Marocains, et destiné aux grands malades. Dirigé par un médecin spécialisé, il comprend aussi un important service de chirurgie pulmonaire à la tête duquel se trouve un chirurgien spécialisé. Toutes les opérations modernes de la chirurgie pulmonaire y sont pratiquées.

Comme complément au traitement de la tuberculose, il faut envisager l'assistance aux tuberculeux.

Comment, en effet, le tuberculeux pourrait-il se soigner, soit en cure, soit en hospitalisation ou en cure sanatoriale, s'il devait travailler pour vivre et faire vivre sa famille ? Il existe deux formations qui distribuent des secours, après enquête des assistantes sociales attachées au Service de la Tuberculose.

— La Caisse d'Aide Sociale pour les Salariés inscrits à cette formation peut distribuer aux tuberculeux jusqu'à deux tiers de leur salaire.

— La Ligue Marocaine contre la Tuberculose prend en charge, dans les mêmes conditions, les tuberculeux qui ne sont pas inscrits à la Caisse d'Aide Sociale. Bien qu'en principe la Ligue Marocaine contre la Tuberculose soit une œuvre privée, elle est sous le contrôle de la Direction de la Santé et de la Famille, et c'est le Sous-directeur de ce service qui en est le Secrétaire général.

En 1950, la Ligue a distribué	..	35.314.600 francs.
En 1951,	— ..	49.125.000 —

Peut-on, dès à présent, juger de l'efficacité de la lutte antituberculeuse au Maroc ? Evidemment non. Les statis-

tiques ne peuvent rendre une image fidèle de la situation. Elles ne peuvent guère mesurer que l'effort accompli. En effet, il entre plusieurs facteurs dont il faudrait tenir compte :

1° L'augmentation continue du chiffre de la population, mais ce n'est que depuis quelques années seulement qu'on est arrivé à un recensement à peu près exact de la population marocaine;

2° Les Marocains, malgré leur négligence ancestrale, se font soigner de plus en plus régulièrement, fréquentent de plus en plus les dispensaires antituberculeux. Le nombre des consultants n'est donc plus dans la même proportion avec le nombre d'habitants qu'il était autrefois.

Néanmoins, on peut avoir une idée approximative en prenant le pourcentage des décès par tuberculose et celui des décès par toutes les autres causes; ou encore le pourcentage entre le nombre des décès par tuberculose et le nombre des consultations dans les dispensaires antituberculeux.

ANNÉES	CONSULTANTS DANS LES DISPENSAIRES			DÉCÈS PAR TUBERCULOSE			POURCENTAGE		
	MUSULMANS	ISRAÉLITES	EUROPÉENS	MUSULMANS	ISRAÉLITES	EUROPÉENS	MUSULMANS	ISRAÉLITES	EUROPÉENS
1929	11.963	1.610	1.188	911	73	105	7,60	4,53	8,65
1930	15.537	2.313	787	773	64	101	4,97	2,76	12,83
1931	10.313	3.015	1.573	766	45	102	7,42	1,49	6,48
1932	32.780	6.942	4.816	829	44	82	2,52	0,63	1,70
1933	12.308	6.687	3.852	1.046	34	82	8,57	0,51	2,13
1934	14.401	9.567	5.808	1.131	59	89	7,85	0,61	1,53
1935	11.027	9.368	5.569	1.068	48	86	9,68	0,51	1,54
1936	17.297	9.640	7.453	1.335	74	86	7,71	0,76	1,15
1937	13.625	6.921	5.085	1.498	154	93	11,00	2,22	1,82
1938	11.023	5.744	5.200	1.542	118	111	13,98	2,05	2,13
1939	25.828	22.570	7.486	1.192	79	100	4,61	0,35	1,33
1940	25.201	19.902	6.616	1.210	90	127	4,80	0,45	1,91
1941	29.047	21.786	8.513	1.785	165	124	6,14	0,75	1,45
1942	27.051	17.529	5.281	2.389	154	133	8,83	0,87	2,51
1943	26.388	12.564	4.029	2.168	76	131	8,21	0,60	3,25
1944	23.168	10.654	4.959	2.278	111	144	9,96	1,04	2,94
1945	25.093	10.097	4.929	3.218	143	180	12,82	1,41	3,65
1946	24.807	10.106	10.660	2.897	168	133	11,67	1,66	1,24
1947	24.762	11.599	11.049	2.560	190	137	10,33	1,63	1,23
1948	35.373	13.097	6.912	2.182	172	126	6,16	1,31	1,82
1949	50.252	11.573	9.053	2.615	142	103	5,20	1,22	1,13
1950	114.823	14.329	13.752	2.357	133	76	2,05	0,92	0,55

ANNÉES	TOTAL GÉNÉRAL DES DÉCÈS			TOTAL DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE			POURCENTAGE		
	MUSULMANS	ISRAÉLITES	EUROPÉENS	MUSULMANS	ISRAÉLITES	EUROPÉENS	MUSULMANS	ISRAÉLITES	EUROPÉENS
1929	8.523	1.406	1.562	911	73	105	10,68	5,19	6,72
1930	8.739	1.433	1.669	773	64	101	8,84	4,46	6,05
1931	9.660	1.590	1.746	766	45	102	8,03	2,83	5,94
1932	10.152	1.599	1.819	829	44	82	8,16	2,75	4,50
1933	11.834	1.636	1.864	1.046	34	82	8,83	2,07	4,39
1934	11.182	1.665	1.809	1.131	59	89	9,20	3,54	4,91
1935	13.010	1.692	1.766	1.068	48	86	8,20	2,83	4,86
1936	13.338	1.807	1.775	1.335	74	86	10,00	4,09	4,84
1937	17.569	2.168	1.938	1.498	154	93	8,52	7,10	4,79
1938	21.114	2.636	2.073	1.542	118	111	7,30	4,47	5,35
1939	15.681	2.253	1.948	1.192	79	100	7,60	3,50	5,13
1940	15.787	2.116	2.143	1.210	90	127	7,66	4,25	5,92
1941	23.346	2.371	2.491	1.785	165	124	7,64	6,95	4,97
1942	25.744	2.380	2.701	2.389	154	133	9,27	6,40	4,92
1943	22.987	2.612	2.814	2.168	76	131	9,43	2,90	4,65
1944	21.471	2.520	2.671	2.278	111	144	10,60	4,40	5,39
1945	47.074	2.912	2.478	3.218	143	180	6,83	4,91	7,26
1946	35.520	2.727	2.109	2.897	168	133	8,15	6,16	6,30
1947	20.391	2.343	2.301	2.560	190	137	12,55	8,10	5,95
1948	19.730	2.133	2.291	2.182	172	126	11,04	8,53	5,49
1949	20.250	2.174	2.334	2.615	142	103	12,91	6,53	4,41
1950	20.453	1.998	2.315	2.357	133	76	11,71	7,65	3,28

On pourrait avoir une notion plus exacte de la situation en faisant le rapport entre les décès par tuberculose et le chiffre de la population. Malheureusement, il est difficile, jusqu'en 1936, d'évaluer exactement le chiffre d'habitants, le recensement n'ayant pu être que très approximatif, et effectué par des moyens détournés; et ce n'est que depuis 1950 que l'état-civil est obligatoire.

Voici les chiffres fournis par le Service Central des Statistiques sur la population civile; en nous rapportant au tableau relatif aux décès par tuberculose, nous pouvons avoir le pourcentage par rapport à la population.

Années	Population	Pourcentage (sur 10.000 H.)
EUROPÉENS :		
1931.....	172.500	6
1936.....	202.600	4,2
1947.....	325.000	4,2
1950.....	362.000	2
1952.....	400.000	1,9
MUSULMANS :		
1931.....	5.067.700	1
1936.....	5.880.700	2,2
1947.....	»	»
1950.....	7.442.000	3,1
1952.....	7.500.000	3
ISRAÉLITES :		
1931.....	124.600	3,6
1936.....	161.900	4,5
1947.....	203.800	9,3
1950.....	199.200	6,6
1952.....	200.000	6,2

Ces chiffres ne portent, bien entendu, que sur la population civile.

Remarquons que l'on n'a pas le chiffre de la population musulmane pendant l'année 1947. C'est que les chiffres ont été basés sur le nombre de rations distribuées : ils sont manifestement exagérés.

D'autre part, la population israélite serait en diminution; cela vient de ce qu'au moins 15.000 juifs ont quitté le Maroc entre 1948 et 1950 pour s'en aller en Israël.

Or, ceux qui sont partis étaient en bonne santé, non porteurs de tuberculose. Les malades, et surtout, les morituri, sont restés, ce qui augmente la proportion de décès par 10.000 habitants.

Si l'on en jugeait d'après ce tableau, on penserait que, en décroissance chez les Européens, la tuberculose serait en progrès chez les Musulmans et les Israélites. En réalité, ce pourcentage, basé sur l'effectif de la population, présente une cause d'erreur qui provient de ce que le recensement des Marocains n'était pas fait jusqu'en 1952 d'une façon précise. On se basait sur des déclarations plus qu'approximatives. D'autre part, les Marocains savent mieux qu'autrefois ce qu'est la tuberculose et savent aussi, du moins beaucoup d'entre eux, qu'on peut en guérir si l'on se soigne et c'est, avec l'augmentation de la population urbaine, un des facteurs de la progression constante du nombre des consultants dans les dispensaires antituberculeux.

C'est dans quelques années seulement que l'on pourra juger des résultats; au Maroc comme dans bien d'autres pays, la tuberculose est loin d'être vaincue. Il faut espérer qu'un jour viendra où, la vaccination par le B. C. G. étant devenue obligatoire, la tuberculose ne sera plus, dans quelques années, qu'à l'état sporadique.

LUTTE CONTRE LA PESTE

La peste, endémique en Afrique du Nord, s'était montrée à plusieurs reprises au Maroc, avant notre arrivée, particulièrement meurtrière. On cite les épidémies de 1911, 1912, 1913; en 1911, elle aurait causé plus de 10.000 décès rien que dans la région des Doukkala. Elle

atteignit, les deux années suivantes, les Abda, les Rehamna et la Chaouïa.

Malgré les efforts des premiers médecins français du Protectorat, il y eut des retours offensifs assez sérieux, à plusieurs reprises, puisqu'il y eut 283 cas en 1929, 1.099 cas en 1941, 2.337 cas en 1942, 811 cas en 1945.

Les moyens de défense étaient encore assez précaires. Les foyers épidémiques, souvent difficiles à aborder faute de routes, la mauvaise volonté des indigènes qui ne comprenaient pas la nécessité de brûler les huttes ou les tentes qui les abritaient, la difficulté des désinsectisations vestimentaires, de la désinsectisation des habitants faute de moyens efficaces, tous ces facteurs réunis obligeaient le Service de Santé à rester toujours en alerte.

On procédait bien à la dératisation dans les ports, mais, outre que la dératisation est presque illusoire dans les villes de l'intérieur et surtout dans le bled, son efficacité n'est pas très grande au point de vue prophylactique, parce que la constatation de peste murine est généralement plus tardive que le début de l'épidémie.

En 1952, 19.520 rats furent examinés lors de dératisations.

D'autre part, le Docteur Blanc, Directeur de l'Institut Pasteur de Casablanca, a montré que « les épidémies de peste bubonique sont sous la dépendance stricte de la vection interhumaine par les ectoparasites de l'homme. Ce n'est qu'accidentellement que la peste des rongeurs est transmise à l'homme par la puce du rat, *Xenopsylla-cheopis*.

« Le bacille de la peste passe dans les déjections des ectoparasites infectés, il peut être conservé à sec dans ces déjections ou chez la puce morte. »

Il semble donc que le point le plus important dans la prophylaxie est la désinsectisation. La vaccination préventive a été naturellement largement pratiquée; elle ne semble pas avoir donné les résultats qu'on aurait pu en

attendre. Les Américains sont actuellement en train de rechercher un vaccin qui soit plus actif que celui de HAFKINE — en prévision d'une guerre bactériologique —, mais ils n'ont pas encore publié leurs résultats.

Quoi qu'il en soit, après avoir, au Maroc, essayé différents modes de désinsectisation, des vêtements et des habitations — étuvation, anhydride sulfureux liquide qui présentait de nombreux inconvénients et une gêne réelle pour les habitants, acide cyanhydrique qui était un progrès (BONJEAN et CHARNOT) —, on essaya en 1945, avec un plein succès, l'épouillage par les poudres D. D. T. et H. C. H. Cet épouillage s'appliquait en même temps à la prophylaxie de la peste et à celle du typhus.

En 1952, 447.520 désinsectisations furent effectuées.

« La désinsectisation des vêtements sur le dos même de leur propriétaire est réalisée à l'aide de poudreuses à moteur du type employé par les armées américaines au cours de la dernière guerre. L'appareil se compose d'un moteur à essence couplé avec un compresseur débitant 420 dm^3 sous une pression de 11 kg. L'air est comprimé dans un réservoir tubulaire dessinant les douze arêtes d'un cube et formant cadre au moto-compresseur. Sur le réservoir d'air comprimé, peuvent être branchés dix tuyaux de caoutchouc aboutissant à dix pistolets poudreurs contenant chacun 1 kg. de poudre. La pression d'utilisation est de 2 à 4 kg. L'encombrement matériel est faible, l'appareil formant un cube de 60 cm. de côté. Le poids seul est relativement élevé (126 kg.).

« La désinsectisation d'un individu comprend toujours les mêmes temps :

« — Coiffure et tête;

« — Région thoracique antérieure, le bec poudreur étant introduit par l'ouverture supérieure des vêtements, le jet de poudre étant dirigé sur la ligne médiane, puis sous chaque aisselle;

« — Dos, selon les mêmes modalités;

« — Bras, le bec poudreur étant introduit par l'ouverture des manches.

« L'organisation générale est réalisée de la façon suivante : les sujets à épouiller sont disposés en dix files parallèles, les files séparées par des intervalles de 3 m. Les dix pistolets chargés sont raccordés au moto-compresseur et maniés par dix opérateurs qui se placent en face de chaque file. Les opérateurs ne bougent pas et les files avancent, les sujets épouillés se retirant par les couloirs ménagés entre les files. Deux ou trois « servants » placés en retrait approvisionnent les opérateurs en remplaçant les pistolets vidés par des pistolets garnis. La composition des équipes est donc la suivante : un infirmier qui dirige les opérations et surveille la marche du moto-compresseur, dix opérateurs et deux servants. Dans ces conditions, la cadence est rapide. Une équipe entraînée réalise la désinsectisation de 5.000 à 6.000 sujets par jour.

« On peut reprocher à cette méthode, considérée comme procédé de lutte exclusif, de laisser subsister un réservoir de virus au sein de la collectivité traitée, sous forme de déjections virulentes dans les vêtements. Pratiquement, les résultats sont démonstratifs. En 1947 et 1948, deux foyers de typhus (Tedders et Khémisset) se sont éteints moins d'un mois après les poudrages, seul moyen de prophylaxie mis en œuvre en dehors des mesures d'isolement du foyer. L'efficacité remanente des insecticides de contact est un des facteurs de succès. Non seulement les poux sont tués, mais les vêtements imprégnés restent « pédiculicides » pendant près d'un mois. La faveur dont jouit le procédé auprès des masses marocaines est certainement aussi un élément important de bon rendement. Non seulement personne ne cherche à esquiver l'opération, mais les sections de prophylaxie sont saisies de demandes collectives ou individuelles en dehors de tout danger épidémique. Les désinsectisations des masses ont fait aux insecticides de contact, D. D. T. en particulier, une réclame considé-

rable et ces produits se vendent maintenant sur les souks des pays les plus reculés. Hélas ! les droguistes marocains profitent un peu trop de cette faveur et vendent des poudres fort pauvres en produit actif. Déjà, les Marocains se sont rendus compte que le D. D. T. du Maghzen est très supérieur à celui de l'« Attar » (épicier). »

Les résultats ont été spectaculaires. Depuis 1945, aucun cas de peste n'a été signalé au Maroc. Est-ce à dire que la peste ne reparaîtra plus jamais ? On ne peut l'affirmer, mais il y a bien des chances qu'avec l'organisation actuelle, tout foyer épidémique serait vite repéré et jugulé, et n'arriverait pas à s'étendre.

LUTTE CONTRE LE TYPHUS

Presque aussi meurtrier que la peste, le typhus, endémique au Maroc depuis toujours, prenait dans les années de disette des proportions effrayantes. Pour trouver du travail et manger, les Marocains du bled, souvent faméliques, se ruaient vers les villes, y apportant la maladie avec leurs poux.

Pendant l'hiver 1912-1913, on pouvait voir, à Casablanca, dans les rues de la Médina, de nombreux Arabes, couchés le long des murs, enveloppés dans leurs guenilles pour y passer la nuit. Au matin, on les retrouvait morts. Il y eut plusieurs milliers de décès.

On lutta jusqu'en 1937 avec des moyens de fortune; les difficultés étaient considérables et le nombre de médecins et d'infirmiers morts de typhus contracté près des malades constitue, hélas, un impressionnant martyrologue.

En 1937-1938, on commença à employer sur une grande échelle le vaccin du Docteur Georges Blanc (de l'Institut Pasteur de Casablanca). M. Blanc avait montré que le typhus murin — qui n'est jamais mortel — immunise contre le typhus dit historique, qui l'est presque toujours. Il prépara un vaccin de typhus murin *vivant* mais atténué

par la bile. Ce vaccin ne nécessite qu'une seule injection, ce qui est très appréciable quand on veut faire une vaccination de masses, surtout lorsqu'il s'agit de gens aussi insouciants, aussi nomades que le sont les Marocains.

Malgré ses inconvénients, en particulier les réactions qui sont parfois assez fortes, l'épidémie de 1937-1938 fut vite jugulée. Il en fut de même pour l'épidémie de 1942-1943. Naturellement, les procédés de désinsectisation dont nous avons parlé au sujet de la peste sont largement pratiqués dans les mêmes conditions.

En 1937-1938, on avait dénombré 9.281 cas de typhus. En 1939, il n'y en eut plus que 1.662; en 1940, 355. En 1937-1938, on avait pratiqué plus de 100.000 vaccinations.

En 1942-1943, l'épidémie de typhus toucha 44.993 individus. Pendant les années de 1942, 1943 et 1944, on fit plus de 2.100.000 vaccinations, puis 286.000 en 1945, 884.000 en 1946 et 743.000 en 1947.

Il y eut 130 cas en 1947, 70 cas en 1948, 15 cas en 1949, 10 cas en 1950 dont 8 musulmans et 2 Européens.

En 1952, 5.000 sujets furent vaccinés.

Il semble bien que l'on puisse tirer de ces chiffres les mêmes conclusions que pour la peste. D'autre part, le standing de vie des Marocains s'améliorant de plus en plus, il est probable que bientôt le typhus deviendra aussi rare au Maroc que la variole en France.

Enfin, nous possédons actuellement une arme puissante contre le typhus, avec la chloromycétine; malheureusement, son prix, encore très élevé, ne permettrait peut-être pas de l'employer dans une épidémie de grande envergure, mais on l'utilise couramment dans les hôpitaux du Maroc, aussi bien pour les Marocains que pour les Européens; la seule différence, c'est que pour les Marocains elle est gratuite, et que pour les Européens non indigents, jusqu'à ces derniers temps, on la faisait rembourser.

LUTTE CONTRE LA VARIOLE

Avant l'arrivée des Français, la variole faisait chaque année des hécatombes parmi la population marocaine.

Pour s'en rendre compte, il n'y a qu'à voir le nombre imposant de Marocains de plus de quarante ans dont le visage porte les traces de la variole.

Dès l'arrivée des premiers médecins, ceux de la Mission des Affaires étrangères, puis, au fur et à mesure de notre occupation, les médecins du Corps d'occupation, puis les médecins de la Santé Publique, pratiquèrent des milliers de vaccinations.

On connaît l'efficacité et la simplicité de la vaccination jennerienne. Grâce à ces vaccinations de masses, la variole a presque disparu au Maroc. On trouve bien encore quelques cas isolés, mais ils sont rares.

Cependant, il suffirait que les vaccinations se ralentissent pour que la maladie réapparaisse. Aussi continue-t-on à vacciner chaque année.

Le pays est divisé en zones, de telle sorte que tous les individus soient vaccinés tous les quatre ans. On pratique, en moyenne, 2.000.000 de vaccinations par an.

Grâce à cela, la variole est devenue aussi rare qu'en France, et il est vraisemblable qu'avec la méthode employée, elle disparaîtra tout à fait.

LUTTE CONTRE LE CANCER

Le cancer n'est pas rare au Maroc. Malheureusement, sauf pour les cancers superficiels, les malades ne se présentent guère aux consultations qu'au moment où le cancer devient douloureux, c'est-à-dire dans une phase où il est le plus souvent incurable.

Le Centre du Cancer du Maroc est situé à Casablanca : c'est une annexe du Centre Bergonié, ainsi appelé en

mémoire de son Maître par le Docteur Speder, ancien médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Bordeaux, qui en fut le créateur. Il est dirigé actuellement par le Docteur Fournier, ancien élève de la Faculté de Bordeaux. Le Centre Bergonié est rattaché à l'Hôpital Jules-Colombani, hôpital civil européen de Casablanca, mais il reçoit les malades de tout le Maroc, Marocains et Européens.

Il dispose d'une quarantaine de lits, pour le moment, dont une trentaine pour les Marocains. Sont hospitalisés au Centre Bergonié les malades qui doivent recevoir des applications de radium; les autres sont hospitalisés dans les services généraux des hôpitaux européens ou marocains et sont amenés au Centre, soit pour les consultations, soit pour les applications de radiothérapie.

A côté de ce service éminemment spécialisé, on dispose d'un laboratoire d'anatomie pathologique.

Le Centre dispose de 500 mg. de radium et, au point de vue radiothérapie :

— Un appareil de radiothérapie profonde, de 250 K. V. 20 M. A., Maximar;

Deux postes de radiothérapie profonde de 300 K. V. 5 M. A.;

— Un poste de radiothérapie profonde de 200 K. V. 30 M. A. et un poste Sécurix 200 débitant 200 K. V. sous 20 M. A.;

— Un poste de radiothérapie superficielle de K. X 10;

Enfin, un appareil Philips Métallix utilisé pour la radiothérapie de contact.

Ce matériel, qui sera perfectionné et augmenté à mesure des progrès, permet de traiter actuellement toutes les affections relevant de la radiothérapie et de la radiumthérapie.

De 1939 à 1949, 29.677 malades ont eu un examen radiologique, 4.234 ont été traités par électrothérapie, 12.659 ont subi un traitement radiothérapique. Il y a eu pendant la même période : 2.187 cancers nouveaux, 797 poses de radium, 2.075 cancers traités par radiothérapie.

Il n'est pas douteux que l'activité du Centre augmentera chaque année, surtout en ce qui concerne les Marocains, à mesure qu'il sera plus connu.

Déjà, ils connaissent parfaitement bien l'utilisation des rayons X au point de vue diagnostic et les réclament souvent, pas toujours à bon escient, comme les Européens d'ailleurs, qui s'imaginent qu'on peut tout voir à l'aide des mystérieux rayons.

PROTECTION DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT. LUTTE CONTRE LA MORTINATALITÉ ET LA MORTALITÉ INFANTILE.

Lorsqu'on veut protéger une race, lui permettre de s'accroître et de se développer, il faut la protéger contre les grandes épidémies qui font des ravages, mais aussi protéger la mère, génératrice de la race, et l'enfant, espoir de la race.

Au Maroc, le problème était d'autant plus difficile que, non seulement l'enfance payait un lourd tribut aux grandes épidémies, aux diathèses, tuberculose et syphilis, au paludisme, mais encore il était difficile d'atteindre la femme enceinte, à cause des préjugés, des superstitions, des coutumes ancestrales auxquelles il était difficile de toucher, aux mœurs mêmes dont il fallait tenir compte. La femme marocaine ne doit pas sortir seule et non voilée, ne doit pas recevoir chez elle un homme étranger, fût-il médecin, à plus forte raison se découvrir devant lui.

Cependant, malgré cette difficulté imposée par la coutume, qui ne permettait pas de toucher la femme musulmane chez elle, il fallait intervenir si l'on voulait protéger la maternité et l'enfance.

L'accouchement était pratiqué — et l'est encore bien souvent — par des matrones appelées « qabla », n'ayant aucune notion d'hygiène, ni même de propreté, n'ayant aucune connaissance obstétricale, n'ayant pour tout savoir

qu'une expérience des rites, expérience mêlée de préjugés et de superstitions. Chaque cas de dystocie, même légère, est le plus souvent un arrêt de mort pour la mère et pour l'enfant. Joignons à cela le fatalisme musulman, qui accepte le malheur comme venant de Dieu et conduit à la résignation, on comprendra combien la tâche était difficile et il pouvait paraître utopique de s'y attacher.

Cependant, le dévouement des médecins, leur compréhension des mœurs musulmanes et, disons-le aussi, l'évolution des esprits chez l'indigène, évolution dont le médecin avait été et continue d'être un des principaux ouvriers, permettaient d'entreprendre cette croisade en faveur de la natalité au Maroc.

C'est en 1921 que Mme le Docteur Legey fonda la première maternité exclusivement marocaine.

Mme Legey, qui jouissait d'un grand prestige dans les milieux indigènes où elle était connue sous le nom de « Toubiba Kébira », avait une grande expérience des Musulmans. Elle avait exercé en Algérie de 1902 à 1910; puis, venue au Maroc en 1910, elle n'avait cessé dans toute sa carrière de se consacrer à la médecine indigène. Pour attirer les femmes de la ville et du bled, elle créa d'abord une consultation gynécologique et de femmes enceintes, en même temps qu'une consultation d'enfants. Comme femme, il lui était plus facile de capter la confiance des femmes et de rassurer la jalousie des maris, de sorte que ses consultations eurent bientôt un vif succès; et quand un accouchement difficile se présentait, on la faisait appeler ou on lui amenait la parturiente (dans quel état, parfois...).

Ayant pris contact profondément avec les indigènes, elle arriva à convaincre les femmes de venir accoucher à la maternité qu'elle avait fondée. Les résultats ne tardèrent pas à se faire sentir.

En 1927, il y eut 33 accouchements à la Maternité de Marrakech; en 1928, 37; en 1930, 76; en 1933, 94; en 1934, 102; en 1936, 149.

Mme Legey mourut à la tâche en 1936, mais son œuvre fut continuée, ainsi que le montrent les statistiques : l'élan avait été donné, c'était là le plus difficile.

Les consultations de nourrissons et d'enfants, les consultations de femmes enceintes continuaient à avoir un plein succès. En 1921, il y eut 14.318 consultants; en 1933, il y en avait 43.346; en 1938, 85.865.

A partir de 1944, la consultation était réservée exclusivement aux femmes enceintes et aux nourrissons :

En 1944	61.000	consultants
En 1945	67.000	—
En 1946	94.447	—

En 1950, le chiffre de 100.000 était largement dépassé.

Mais la « Grande Toubiba » ne se contenta pas de cette action bienfaitrice. Elle fonda une école de sages-femmes marocaines, choisissant des jeunes filles plus intelligentes et plus évoluées, elle leur enseigna l'art de l'obstétrique, les soins d'hygiène et les éléments de puériculture. Ces femmes, pouvant pénétrer dans tous les milieux, réalisaient un réel progrès sur les qablas. Elles savaient faire un accouchement simple dans des conditions d'aseptie suffisante et, surtout, elles savaient amener à la Maternité les cas de dystocie avant que surgissent les grandes complications, avant qu'il soit trop tard.

En 1918, Mme la Maréchale Lyautey avait fondé à Rabat la Maternité qui porte son nom.

C'était une œuvre privée où venaient accoucher les femmes européennes, mais qui était ouverte également aux femmes marocaines. Les indigentes y furent admises, le Service de l'Assistance Publique remboursant les frais d'hospitalisation.

Nous verrons dans les statistiques que le succès ne fut pas moindre.

A Mogador, Bouveret, un médecin de la première heure du Maroc, créait aussi une Maternité.

En 1929, l'Hôpital Jules Mauran avait aussi son service

d'accouchement. Les accouchements normaux y sont faits par une sage-femme française diplômée, assistée de deux sages-femmes marocaines. Les accouchements dystociques sont faits par le chirurgien de l'hôpital.

Actuellement, dans tous les hôpitaux mixtes, dans les infirmeries de quelque importance, un certain nombre de lits sont réservés aux accouchements.

La lecture des statistiques montrera le pas gigantesque (quand on se rappelle ce qui était il y a trente ans et ce qui est aujourd'hui, quand on connaît toutes les difficultés qu'il a fallu vaincre) franchi par les médecins pendant ces trente années.

Sous les chiffres, il ne faut pas voir seulement un succès brutal et croissant, mais encore le point de vue éducatif, civilisateur et grandement humain.

Si les femmes marocaines ont trouvé dans nos maternités la sécurité, elles y ont trouvé quelque chose de plus : c'est la compréhension et le dévouement, c'est le chemin vers un idéal meilleur et plus spirituel. La femme marocaine pauvre y trouve un confort qu'elle ne connaissait pas, des soins dont elle n'avait aucune idée.

Avant l'accouchement, elle sera suivie et soignée; elle accouchera avec le maximum de sécurité, et on lui enseignera la façon de soigner son enfant, de surveiller sa croissance, de prévenir les maladies.

Mais quelle patience que rien ne rebute, quel dévouement, quelle foi il a fallu et il faut encore, quand on s'adresse à ces femmes incultes, frustes, entourées de croyances médiévales et de superstitions, que sont les femmes marocaines.

STATISTIQUE DES MATERNITÉS

Nombre d'accouchements

Rabat : Maternité Maréchale Lyautey.

Années	Musulmans	Israélites	Total
1945	502	263	765
1947	656	323	979
1948	802	347	1.149
1949	1.081	340	1.421
1950	1.167	326	1.493

Casablanca : Hôpital Jules Mauran (Maternité fondée en 1929).

Années	Musulmans	Israélites	Total
1943	»	»	624
1944	»	»	715
1945	»	»	854
1946	»	»	1.011
1947	561	962	1.523
1948	626	967	1.593
1949	757	1.162	1.919
1950	1.048	1.519	2.567

Oujda : Maternité-Hôpital Accolas et Hôpital Loustan.

Années	Musulmans	Israélites	Total
1947	52	10	62
1948	50	14	64
1949	53	23	76
1950	77	26	103

Marrakech : Maternité Legey.

Années	Musulmans	Israélites	Total
1927	33	176	209
1928	37	172	209
1929	37	172	209
1930	76	169	245
1931	83	182	265
1932	79	148	227
1933	94	211	305
1934	112	161	273
1935	104	209	313
1936	149	320	469
1937	215	334	549
1938	167	353	520
1939	251	373	624
1940	255	336	591
1941	336	317	653
1942	530	330	860
1943	579	422	1.001
1944	474	445	919
1945	636	363	999
1946	730	361	1.091
1947	1.129	387	1.516
1948	1.108	363	1.471
1949	1.269	390	1.659
1950	1.466	528	1.994

Fez : Hôpital Cocard.

Années	Musulmans	Israélites	Total
1939	»	»	137
1940	»	»	127
1941	»	»	126
1942	»	»	101
1943	»	»	121
1944	»	»	115
1945	»	»	160
1946	»	»	125
1947	311	40	351
1948	316	46	362
1949	352	56	408
1950	366	50	416

Meknès : Hôpital Si Said.

Années	Musulmans	Israélites	Total
1945	45	18	63
1947	60	4	64
1948	101	2	103
1949	94	9	103
1950	144	10	154

Mogador.

Années	Musulmans	Israélites	Total
1944	85	88	173
1945	90	93	183
1947	134	112	246
1948	119	113	232
1949	133	106	239
1950	120	127	247

Safi : Hôpital Henri David.

Années	Musulmans	Israélites	Total
1947	97	3	100
1948	109	4	113
1949	99	2	101
1950	110	5	115

Agadir : Hôpital mixte.

Années	Musulmans	Israélites	Total
1947	20	»	20
1948	25	»	25
1949	60	»	60
1950	94	»	94

Tanger : Hôpital français.

Années	Musulmans	Israélites	Total
1947	90	»	90
1948	95	»	95
1949	83	»	83
1950	96	»	96

A ces chiffres il faut ajouter les accouchements pratiqués dans les formations rurales dont le nombre a été d'environ un millier pour l'ensemble du territoire.

Ces succès qu'enregistrent les statistiques auraient pu suffire et satisfaire les dirigeants de la Santé Publique du Maroc.

Des esprits chagrins ou malintentionnés ont pu écrire que l'on ne se préoccupe pas de l'éducation des masses indigènes au Maroc. En réalité, beaucoup de gens écrivent sur le Maroc sans y être jamais venus, ou n'ayant fait qu'y passer et n'ayant pas eu la curiosité de s'y documenter sérieusement. C'est dommage, parce que cela leur aurait permis de constater que l'effort des Français a justement porté sur l'éducation des masses.

C'est ainsi que, sous l'impulsion de M^me^ la Maréchale Juin, a été créée la Ligue Marocaine de Protection de l'Enfance et d'Education Sanitaire. Elle comprend plusieurs sections, ou plus exactement plusieurs aspects tendant vers le même but, mais adaptées aux circonstances et aux classes sociales.

A. — Le Centre populaire de Protection Maternelle et Infantile, ou Ecole des Mères

Il s'adresse à la masse généralement de milieu modeste, aux femmes enceintes qui viennent aux consultations prénatales et aux mères de famille dont les enfants sont suivis aux consultations des nourrissons.

Les femmes enceintes y sont accueillies dans un décor qui rappelle celui de leur habitat. On leur apprend à confectionner une layette, à tricoter, à emmailloter un bébé. On leur inculque des notions d'hygiène, on les met en garde contre le danger de certaines pratiques. L'enfant étant né, la mère de famille amènera son enfant qui sera examiné, pesé, suivi. On lui apprendra à mener l'allaitement d'une façon rationnelle, à donner le sein à heures fixes, à faire proprement un biberon si la sécrétion lactée est insuffisante et, devant les résultats acquis, elle amènera d'autres femmes à qui elle montrera son enfant avec fierté.

Bien entendu, cette école des mères ne comprend pas de cours théoriques qui ne seraient pas compris par ces femmes simples, primitives et, il faut l'avouer, souvent bornées.

C'est un simple apprentissage pratique, qui n'est pas toujours facile et se montre souvent décevant, mais rien ne décourage les femmes médecins, les sages-femmes, les assistantes sociales qui sont chargées de cette éducation.

B. — Centres d'Enseignement Familial et de Puériculture

Ce Centre reçoit des femmes et des jeunes filles de la société bourgeoise marocaine, plus évoluée que la masse, ayant déjà une instruction primaire solide, mais vivant encore dans le harem et étant encore bourrées de préjugés — car la femme, dans les milieux de la bourgeoisie marocaine riche, a évolué beaucoup moins vite que l'homme.

Dans ces Centres, la jeune femme et la jeune fille marocaines reçoivent un enseignement qui leur permet de s'adapter aux conditions de la vie moderne, tout en conservant ses principes traditionnels et religieux, dans ce qu'elles ont de meilleur, ce qu'elles ont de bienfaisant pour la santé de l'enfant. Le personnel enseignant est exclusivement féminin.

Le premier Centre fut créé à Meknès en 1948. Il y en a 29 en 1953.

La première année, il y eut 15 femmes ou filles de notables; la seconde année, elles étaient 150. On créa d'autres Centres semblables dans les autres villes : en 1951, on totalisait 6.903 femmes enceintes suivant régulièrement l'école des mères. Leur nombre dépasse 10.000 en 1952.

C. — Centres ruraux de Protection Maternelle et Infantile

Ces Centres ruraux sont en voie d'installation là où une assistante de Protection maternelle et infantile a pu être placée près du médecin.

La clientèle est encore moins évoluée que dans les villes; les femmes du bled vivent sous la tente, ne connaissent rien, ou presque, de la civilisation européenne. Cependant, on arrive à les attirer par le don de layettes, de farines du premier âge que l'assistante leur donne en leur montrant comment on fait une bouillie. Peu à peu, la confiance vient, chaque mère en amène une autre, et bientôt on pourra créer dans les villages ruraux des Centres d'école des mères.

D. — Equipes Mobiles de Protection Maternelle et Infantile

Une équipe de jeunes femmes, comprenant une assistante sociale, une monitrice de puériculture, une sage-femme, se rend à jours fixes sur les souks, monte une tente et, là, donne des consultations de nourrissons, des conseils aux mères, effectue des pesées, distribue des layettes, des médicaments si cela est nécessaire, indique aux femmes où elles doivent aller accoucher si elles constatent une mauvaise présentation, etc.

*
**

Bien entendu, il ne faut pas croire que tout cela est facile, que les femmes marocaines suivent à la lettre tous les conseils, deviennent des mères de famille intelligentes et expertes à la première consultation; mais cependant, certaines d'entre elles émergent au-dessus des autres, et celles-là deviennent des agents de propagande.

Elles sont d'ailleurs envoyées aux consultations par les femmes de colons français. C'est à elles qu'on vient s'adresser d'abord pour un bobo, un enfant malade. Chaque Française vivant dans le bled doit avoir des notions d'hygiène et de puériculture; certaines d'entre elles sont infirmières, ont suivi des cours de Croix-Rouge. Vivant près des musulmanes, parlant leur langue, elles ont une influence considérable et peuvent être de précieuses auxiliaires bénévoles des formations sanitaires officielles, parce qu'elles ont su capter la confiance, et souvent elles amènent aux consultations les femmes de leurs employés, dirigent les soins prescrits ou les donnent elles-mêmes. Et c'est là une belle réponse à ceux qui prétendent que les Français exploitent les Marocains.

Les efforts d'éducation et de civilisation ne se sont pas bornés là.

Nous avons dit qu'en milieu musulman, les accouchements étaient pratiqués par des matrones appelées « qablas », sans aucune instruction obstétricale.

Dans les villes, on s'est préoccupé de les instruire; les jeunes, celles qui paraissent intelligentes, sont attirées dans les hôpitaux où on leur enseigne l'hygiène et la propreté. On leur apprend à reconnaître une dystocie. Elles font des stages et on leur donne un certificat qui rehausse leur influence et leur autorité.

On a aussi créé un corps de sages-femmes indigènes : ce sont les « Muwalidat ». Elles sont recrutées parmi les anciennes élèves des écoles musulmanes. Elles doivent être âgées d'au moins dix-huit ans et posséder une bonne instruction primaire.

Chaque Centre de formation (Rabat, Casablanca, Fez et Marrakech) en admet chaque année une dizaine, après concours. Pendant deux ans, elles suivent des cours théoriques et pratiques, assistent aux accouchements normaux et dystociques. Pendant la seconde année, elles pratiquent elles-mêmes des accouchements, sous la surveillance d'une sage-femme française diplômée et, à la fin des études, après examen, elles reçoivent un diplôme qui leur permet d'exercer la profession de sage-femme dans les milieux indigènes.

Ces Muwalidat ont un grand succès parmi les Marocains. Elles ont une très grande pratique obstétricale et une influence très grande. Il serait à souhaiter que ces sages-femmes indigènes se répandent dans le bled, où seuls les cas dystociques sont envoyés dans les formations sanitaires, à la dernière extrémité, parce que les mœurs musulmanes répugnent à faire accoucher les femmes par un médecin homme.

C'est peu à peu, à mesure que la femme musulmane sera dégagée des préjugés, des pratiques de sorcellerie qui sont si répandus et si profondément ancrés dans les esprits, que de grands progrès pourront être enregistrés au sujet de l'accouchement dans les campagnes.

Les Muwalidat pourront être des instruments de ce progrès.

Les Gouttes de Lait

Bien qu'étant restées, depuis leur création, des œuvres privées, elles sont sous le contrôle de l'État qui les subventionne largement.

La première Goutte de Lait fut fondée par Mme la Maréchale Lyautey, en 1913, à Rabat, avec des moyens de fortune.

Actuellement, dans toutes les villes, il existe une ou plusieurs Gouttes de Lait, où les enfants, quelle que soit leur race (Européens, Musulmans, Israélites) sont examinés, pesés régulièrement, où l'on donne aux mères des

conseils de puériculture, et où l'on prépare des biberons dosés selon l'âge et la croissance.

Dans les villes importantes, les Gouttes de Lait disposent même de quelques lits où les enfants peuvent être hospitalisés avec leur mère.

*
**

Quels sont les résultats ? Il n'est pas douteux que les efforts des médecins, des assistantes sociales n'ont pas donné tout ce qu'ils devaient donner.

Toute cette œuvre de défense de la mère et de l'enfant se heurte à l'ignorance des accoucheuses marocaines traditionnelles, au manque d'évolution des femmes marocaines, aux préjugés si fortement ancrés dans l'esprit des Musulmans, et aussi, il faut le dire, à cette résignation qu'entraîne le fatalisme marocain.

Dans un article récent *(Maroc Médical,* septembre 1952), le Docteur Sicault, Directeur de la Santé Publique au Maroc, étudie la mortinatalité et la mortalité infantile. Les chiffres qu'il donne sont très variables, tant au point de vue mortinatalité ou mortalité infantile, selon les régions et selon les circonstances.

La mortinatalité est beaucoup moins forte chez les femmes qui suivent les consultations prénatales et accouchent en maternité. C'est ainsi qu'à Rabat, à la Maternité Maréchale Lyautey, la mortinatalité est, en 1950, de 35 p. 1.000, en milieu musulman, sur 1.167 accouchements, et, en 1951, de 38 p. 1.000 sur 1.367 accouchements. Presque toutes les femmes ont suivi les consultations prénatales.

Dans l'ensemble des autres formations qui reçoivent généralement les femmes en état de dystocie, et après des manœuvres trop souvent dangereuses, on constate un chiffre beaucoup plus élevé : de 104 p. 1.000 sur 5.651 naissances.

Cependant, ces chiffres, qui paraissent encore élevés, sont bien minimes par rapport à ceux d'autres pays musulmans du Moyen-Orient.

La mortalité infantile touchant les enfants nés vivants et viables a beaucoup diminué depuis quarante ans. Les médecins qui ont connu le vieux Maroc affirment que, dans beaucoup de familles où dix enfants avaient pu naître, il n'en restait souvent que deux ou trois. Il y a trente ans, Decor, à Marrakech, avait trouvé 480 décès sur 1.000 naissances. En 1937, à Rabat, Baron, Lumeau et Mathieu avaient trouvé dans la population israélite marocaine 132 p. 1.000; elle était certainement beaucoup plus élevée en milieu marocain.

Nous reproduisons ici les chiffres donnés par M. Sicault pour les différentes villes :

	Oujda	Rabat	Salé	Casablanca	Marrakech (Maternité)	Marrakech (Dispensaire)	Fez	Mazagan	Meknes
Naissances	997	221	286	1.101	1.033	500	407	365	528
Décès	115	14	32	129	98	44	62	41	55
Mortalité pour 1.000 entre zéro et un an (Musulmans).....	115	61	112	129	95	88	152	112	106
Mortalité pour 1.000 entre zéro et un an (Français).....	61	39,4	»	40	57,5	»	57,5	»	48

En outre, M. Sicault donne les résultats d'une enquête en milieu rural (région d'Ahermoumou) : sur 280 naissances enregistrées, 37 décès avant un an ont été observés, ce qui donne un taux de 132 p. 1.000.

Nous sommes loin du chiffre de 480 p. 1.000 de Decor.

Si ces chiffres peuvent donner lieu à des critiques, à cause des circonstances dans lesquelles ils ont été recueillis, malgré de sévères recoupements, il y a une conséquence qu'on ne peut mettre en doute, c'est l'accroissement de la population musulmane depuis quarante ans : elle a presque doublé.

Quel est le pays qui peut avancer de pareils chiffres parmi ceux dont les représentants critiquent l'action de la France au Maroc, et qui pourrait nier que ces résultats sont l'œuvre de la médecine et des médecins français ?

Les statistiques de l'O. M. S. sont là pour montrer que toute critique n'est pas fondée.

LUTTE CONTRE LE TRACHOME ET LES MALADIES OCULAIRES

Il y a trente ans encore, lorsque le voyageur débarquait au Maroc et parcourait les villes en quête de pittoresque, il était frappé de voir, à la porte des mosquées, une troupe de mendiants, assis et psalmodiant le nom d'Allah, les yeux tournés vers le ciel. Ces gens étaient des aveugles.

On les voyait encore, circulant en monomes à travers les médinas, la main sur l'épaule du précédent, guidés par un chef de file, aveugle lui-même, mais porteur d'un bâton.

Le trachome, les ophtalmies purulentes étaient si nombreuses que bien peu de Marocains étaient exempts, bien peu pouvaient montrer des yeux indemnes.

La lutte contre le trachome et les maladies oculaires a pu paraître tardive dans son organisation, mais il faut songer que, malgré leur importance, les maladies des yeux — qui, selon l'expression du Docteur Pagès, « ne tuaient pas » — devaient céder le pas aux grandes épidémies, aux grandes endémies qui sévissaient alors et qui, elles, faisaient des coupes sombres dans la population.

La lutte commença dans les écoles. Les médecins chargés de l'inspection des yeux dans les écoles musulmanes citent des chiffres effrayants; dans les écoles de Casablanca et de Rabat, en 1934, on trouve 80 % d'enfants musulmans et israélites marocains atteints de trachome.

Dans le Sud du Maroc, il était de 100 %.

L'organisation actuelle comprend :

— Un service de consultations ophtalmologiques dans chaque hôpital, avec un service hospitalier spécialisé de plusieurs lits;

— A Rabat, un dispensaire spécialisé;

A Salé, un hôpital-asile pour aveugles incurables qui constitue en même temps un centre d'études, avec laboratoire, pour tout ce qui concerne l'ophtalmologie et les maladies des yeux;

— A Marrakech, un hôpital ophtalmologique de 100 lits, avec tout le confort moderne et tous les derniers perfectionnements de la spécialité;

— A Inesgane (dans la banlieue d'Agadir), un dispensaire spécialisé;

— Enfin, il existe plusieurs ambulances ophtalmologiques chirurgicales mobiles. C'est une véritable « autochir » où l'on peut faire toutes les interventions. Elle est dotée d'un personnel spécialisé et d'un matériel moderne. Selon la formule adaptée pour toutes les endémies, le médecin va vers le malade qui ne vient pas vers lui.

La campagne 1953 porte sur la prophylaxie dans les territoires du Sud (Draa et Dadès, 200.000 personnes) et en milieu scolaire, en liaison avec l'O. M. S. et le Centre International de l'Enfance.

Il est bien évident que cette organisation n'a pu encore donner sa mesure. On peut dire qu'on a déjà travaillé beaucoup, qu'on a eu des succès, mais devant la masse des malades, il faut du temps et une évolution qui ne s'est pas encore réalisée, pour ne plus voir au Maroc ces pauvres êtres lamentables, aux yeux rougis et purulents, assaillis par les mouches qui leur couvraient la face.

On est en train d'organiser au Maroc une Banque des Yeux, sous l'impulsion du Docteur Pagès, de Rabat, et déjà plusieurs greffes de la cornée ont été réalisées. La question a été résolue de savoir si l'on pouvait greffer sur l'œil d'un musulman la cornée d'un non musulman. Les chefs reli-

gieux, après avoir étudié le Coran et ses commentateurs, ont conclu à cette possibilité, car il ne faut jamais aller, en pays musulman, à l'encontre des principes religieux, souvent mal connus et souvent mal compris, car Allah est grand et miséricordieux.

Les médecins français ont d'ailleurs toujours montré le plus grand respect de la religion musulmane, et il faut dire qu'ils ont trouvé, presque toujours, chez les chefs religieux, une compréhension et une aide précieuses.

CHAPITRE VI

LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE AU MAROC

L'œuvre médicale française au Maroc ne serait pas complète si elle se contentait d'applications de travaux étrangers.

En dehors de l'œuvre de protection de la vie humaine, on a cherché à dégager des observations faites sur les nombreux malades une pathologie marocaine.

Nous avons parlé déjà des laboratoires de recherches de l'Institut d'Hygiène de Rabat, qui s'occupe spécialement des grands problèmes d'hygiène et d'épidémiologie et de leur mise en application pratique. La recherche purement scientifique n'en est pas cependant exclue, et il suffit de lire les *Bulletins de l'Institut d'Hygiène* pour s'en convaincre.

Dans un sens un peu différent, l'Institut Pasteur de Casablanca, sous la direction du savant éminent qu'est M. le Docteur Georges Blanc, a déjà apporté à la science médicale, à l'édification de cette pathologie marocaine, une contribution dont on trouve des résultats dans de nombreuses publications françaises et étrangères.

« Les principaux travaux ont porté sur l'étude des maladies infectieuses marocaines, de l'homme et des animaux domestiques, y compris les infections communes à l'homme et aux rongeurs et arthropodes pouvant être en contact avec lui. »

Fondé en 1927, l'Institut Pasteur de Casablanca prépare les vaccins et sérums pour l'usage du Maroc, tant humains que vétérinaires.

Il comporte aussi un important service antirabique. La rage est fréquente au Maroc.

Tout le monde scientifique connaît les admirables travaux de M. Georges Blanc sur le typhus murin et son application dans la prophylaxie vaccinale du typhus exanthématique, par le virus du typhus murin bilié. De 1934 à décembre 1949, plus de 13 millions et demi de vaccinations ont été pratiquées.

De nombreux autres travaux ont été faits à l'Institut Pasteur de Casablanca, sur les spirochétoses, sur la peste, la bilharziose, la leishmaniose, la toxoplasmose, le trachome. Depuis plusieurs années, le Docteur Blanc s'est attaché à l'étude de la poliomyélite, et déjà on peut espérer qu'il arrivera à trouver un moyen efficace de lutte contre cette terrible maladie.

Quand, après la débâcle de 1940, le Maroc fut coupé de la France, l'Institut Pasteur, malgré les difficultés matérielles du moment, réussit à préparer les sérums antitétaniques, antidiphtériques, antigangréneux polyvalents, antipesteux, les anatoxines antidiphtériques, antitétaniques, le vaccin antityphoïdique. Dans le service de chimie et fermentations, on prépara le ferment lactique, le babeurre, puis, en 1944, on put préparer le sérum hémopoïétique de cheval.

Grâce à tous ces travaux, grâce à son activité, l'Institut Pasteur a évité bien des épidémies et bien des mortalités. On peut dire qu'il a bien mérité du Pays.

A l'exemple des grandes villes de la Métropole, le Maroc possède une Société savante : la Société de Médecine et d'Hygiène, où tous les médecins, civils et militaires, tous les vétérinaires peuvent apporter leurs observations et en discuter. Chacun y apporte sa pierre pour construire l'édifice de la pathologie marocaine.

Enfin, la médecine du Maroc a une publication à sa disposition : le *Maroc Médical*, fondé par Speder en 1921.

C'était, au début de sa parution, un modeste journal; actuellement, c'est une très belle revue qui permet de tenir les médecins du Maroc au courant, non seulement des travaux marocains, mais encore des travaux français et étrangers. De substantiels articles y sont écrits par les Maîtres les plus connus de la Médecine mondiale et par les médecins du pays. Il publie toujours une copieuse bibliographie des livres nouveaux, de sorte que le médecin, parfois un peu isolé, soit dans les villes, soit dans le bled, peut suivre le développement et les progrès de la science médicale.

CHAPITRE VII

LA MÉDECINE LIBRE AU MAROC

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de l'Œuvre accomplie par les premiers médecins français venus au Maroc, puis par la Santé Publique.

Son action a d'abord été une action de protection contre les grandes épidémies qui décimaient la population du pays, puis ce fut une action de modernisation, afin de le mettre, au point de vue médical et hygiénique, au niveau des grands pays européens; son œuvre continue dans ce sens et chaque année apporte une amélioration, une progression.

Mais il serait injuste de laisser dans l'ombre la tâche accomplie par les médecins libres.

Le Corps Médical libre a œuvré, lui aussi, et œuvre encore, pour apporter aux Marocains et aux Européens installés dans le pays et qui en ont fait ce qu'il est, les bienfaits de leur science et de leur dévouement. Ils ont été les collaborateurs de l'œuvre commune.

Le développement rapide de la population européenne rendait nécessaire cette collaboration; le nombre des médecins d'Etat était restreint; leur tâche était telle qu'ils n'auraient pu assurer à la fois leurs services et soigner la clientèle européenne sans que cela nuise aux uns et à l'autre. Les moyens d'hospitalisation étaient restreints et le

sont encore. Et puis, on ne pouvait hospitaliser tout le monde,

En 1931,	il y avait au Maroc	172.500	Européens;
En 1936,	—	202.600	—
En 1947,	—	325.000	—
En 1951,	—	362.000	—
En 1952,	—	400.000	—

Depuis, la population européenne ne cesse d'augmenter. Avant 1914, les médecins militaires de carrière du Corps de Débarquement étaient trop peu nombreux pour assurer le service de santé des troupes et la médecine indigène dont on les chargeait.

On envoya au Maroc de jeunes médecins civils et des étudiants en fin d'études qui accomplissaient leur service militaire.

La déclaration de guerre, en août 1914, fit que ces médecins durent rester à leur poste. Lyautey avait renvoyé les troupes d'active en France, mais avait gardé les médecins.

D'autres vinrent avec les territoriaux qui devaient remplacer les troupes de l'active. C'est ainsi que beaucoup de jeunes médecins, civils habillés en militaires, durent rester au Maroc pendant plusieurs années, en attendant leur « tour de départ » au front. Ils firent ce que faisaient avant eux les médecins de l'active, partageant leur temps entre leurs obligations militaires et les soins aux Marocains, avec la même activité et le même dévouement.

Beaucoup d'entre eux, séduits par le climat, pris par cette ambiance de dynamisme qui caractérise tellement le Maroc, ce besoin de créer, de participer à l'œuvre commune dont ils avaient été, eux aussi, les acteurs et dont ils prenaient conscience, séduits par la vie facile, la liberté dont on jouissait alors, se fixèrent au Maroc ou revinrent s'y installer après leur libération.

Ils étaient sûrs d'y trouver très vite une clientèle, parfois trop lourde même, et ils attirèrent d'anciens cama-

rades qui, comme eux, n'auraient jamais pensé, sans les circonstances, à quitter la métropole.

Dans la suite, la Direction de la Santé attira au Maroc un certain nombre de médecins, surtout des spécialistes, dont on manquait dans beaucoup de villes.

Ils furent accueillis avec joie par leurs confrères qui étaient souvent submergés et ne pouvaient tout faire.

C'est ainsi que vinrent des phtisiologues, des chirurgiens, des bactériologues, des oto-rhino-laryngologistes, des ophtalmologistes, des dermatologues, anciens internes des hôpitaux de Paris ou des grandes villes de Facultés, anciens chefs de clinique, qui n'avaient pas trouvé en France la place qu'ils auraient voulu pour leur activité, d'autres parce qu'ils avaient été ruinés par la guerre ou étaient écrasés d'impôts.

Enfin, nombreux aussi sont les jeunes gens nés au Maroc, ayant fait leurs études médicales en France où ils auraient pu s'installer, qui, une fois leurs études finies, viennent continuer l'œuvre de leurs pères dans ce pays qui est le leur et dont ils avaient souvent la nostalgie.

Le Corps Médical libre au Maroc, au moins dans les grandes villes, semble bientôt au complet, mais il continue à attirer beaucoup de jeunes. La vie médicale y est, en effet, assez séduisante.

Il y a actuellement (juin 1953) 578 médecins libres au Maroc dont 40 diplômés de la Faculté de Bordeaux.

Le nombre des médecins militaires attachés à la Santé Publique est de 100 et celui des internes de 100 également.

Pour la région Sud du Maroc, il y a 27 médecins bordelais, dont 23 pour la seule ville de Casablanca [1].

Le médecin libre peut pratiquer au Maroc une médecine aussi scientifique que dans toutes les grandes villes de France. Presque tous les médecins possèdent un appareillage radioscopique. Il existe dans toutes les villes (Casa-

(1) Chiffres communiqués par l'Ordre des Médecins de Casablanca.

blanca en compte actuellement 6) des laboratoires bien installés où tous les examens chimiques, bactériologiques, anatomo-pathologiques peuvent être pratiqués.

Dans toutes les villes également, des radiologues expérimentés mettent à la disposition de leurs malades un appareillage moderne permettant de pratiquer tous les examens, d'appliquer tous les traitements électro-radiologiques.

Beaucoup d'entre eux possèdent du radium et sont entraînés à son application.

Enfin, grâce au *Maroc Médical*, une bibliothèque qui contient tous les livres nouveaux, toutes les publications médicales françaises et beaucoup de publications étrangères, est à leur disposition.

Tous ces médecins, continuant les traditions médicales de leurs aînés, qui sont celles de la France, qu'ils ont puisées dans l'exemple et dans l'enseignement de leurs Maîtres, contribuent à maintenir le rayonnement de la France au Maroc.

Les Marocains eux-mêmes l'ont compris et le savent bien : c'est là un point qui marque et permet de juger l'évolution du peuple marocain. Les cabinets des médecins libres ne sont pas fréquentés uniquement par des Européens. Nombreux sont les Musulmans qui amènent leurs enfants à nos médecins, à nos chirurgiens, à nos spécialistes libres et, fait plus important encore, y amènent aussi leurs femmes pour les faire examiner et soigner.

Ce ne sont pas seulement les gens de l'aristocratie ou la riche bourgeoisie marocaine, mais aussi des ouvriers, des employés, des fellahs eux-mêmes qui descendent de leur bled, pour venir consulter le médecin libre de la ville.

Avec leurs propres moyens matériels, avec l'aide morale de la Direction de la Santé Publique, les médecins libres contribuent largement, eux aussi, à faire du Maroc un pays moderne et ils sont devenus aussi indispensables à la vie du pays que les ingénieurs, les colons, les industriels.

Il est un point assez curieux, c'est le nombre restreint de jeunes musulmans qui embrassent la médecine, dans un pays où, cependant, les autochtones tiennent en si haute estime la médecine et les médecins.

Malgré toutes les facilités et les bourses qui leur sont accordées pour faire leurs études dans les Facultés, il n'y a jusqu'à présent que 8 médecins musulmans marocains qui exercent dans tout le Maroc. Les jeunes Marocains sont plus attirés vers la profession d'avocat, vers les lettres, vers le fonctionnarisme ou le commerce. Peut-être sont-ils arrêtés par la longueur des études, par la nécessité de quitter leur pays et le genre de vie auxquels ils sont très attachés; il est difficile de le dire, mais c'est là un fait indiscutable. Aussi, pendant encore bien des années, qu'il soit médecin d'Etat ou médecin libre, le médecin français restera indispensable au développement du pays et à la sécurité de sa santé : c'est là un fait incontesté, même par les plus farouches nationalistes marocains.

Pour terminer, je citerai les paroles mêmes prononcées à Bordeaux, lors des Journées Médicales d'octobre 1952, par le Docteur Sicault, Directeur de la Santé Publique au Maroc.

« En matière de Santé Publique, la lutte contre les épidémies et la médecine de masse ont permis le développement du pays, la prévention sociale facilite l'adaptation de l'individu au monde moderne.

« Aussi, l'implantation de la médecine française est-elle déjà profonde. Il n'est pas à craindre, semble-t-il, que les résultats acquis puissent être compromis, quelles que puissent être les vicissitudes de demain.

« En d'autres régions du globe, après autant de travaux et peut-être de sacrifices, d'aucuns ont cru trouver dans les joies amères du renoncement la justification des efforts accomplis.

« Faut-il craindre qu'à son tour ce que d'aucuns appellent l'ingratitude des hommes, et qui n'est peut-être que le

désir d'agir hors de toute tutelle, ne nous incline à accepter, dans la satisfaction du geste gratuit, la disparition de l'influence scientifique et médicale française ?

« Rien n'autorise un tel pessimisme qu'il faudrait combattre avec toutes nos énergies s'il apparaissait. Sans vouloir faire appel à la sensibilité, il faudrait alors se souvenir que, dans le seul Maroc, trente médecins français sont tombés au Champ d'Honneur des épidémies. Leur mort est là pour attester qu'ils n'ont été ni les fourriers, ni les porte-drapeaux d'un colonialisme d'exploitation désuet. Ils n'y auraient pas consenti. Mais leur œuvre a été profondément humaine. Comme me l'écrivait l'un de ceux qui a été et reste pour nous un exemple, le grand Christiani, de Fez :

« Par le souvenir, par le cœur, par la foi professionnelle, » je reste indissolublement attaché à cette Santé et Hygiène » publiques du Maroc à laquelle j'ai consacré vingt-cinq » années de ma vie. Le Maréchal et son éminent collabo- » rateur Colombani nous avaient ensorcelés et inculqué une » passion indiscutée par l'action médico-sociale dans ce » pays où ils avaient fait école... Puissent les petits que » nous sommes continuer cette mission dans ce pays nord- » africain, où la France a pris la responsabilité devant le » monde de guider vers le progrès et le bien-être social » une population de plus en plus nombreuse. La part qui » revient aux médecins et leurs collaborateurs, dans cette » tâche civilisatrice, est considérable au point de vue » moral et matériel, et il serait désirable que tous nos » jeunes débarquent sur cette terre fortunée avec la » conviction qu'ils n'y viennent pas seulement pour leur » compte, mais pour le prestige du nom français. »

« C'est parce que les œuvres de foi ne périssent pas, c'est parce que l'enseignement reçu de nos maîtres ne s'oublie pas, que nous pouvons garder la plus grande confiance dans l'avenir, pour bruyantes que puissent être certaines propagandes, pour pénibles que soient certains reniements.

« Mais devant l'accélération de l'histoire, il serait vain de vouloir faire revivre un passé qui est mort. « Elifat mut », comme disent nos amis musulmans.

« S'il faut maintenir vivantes les forces spirituelles qui ont guidé l'homme, c'est dans la vertu de l'effort, dans la fécondité de la recherche, dans la valeur de notre exemple qu'il faut puiser nos raisons de croire en la permanence de notre action culturelle et sociale, au delà de toutes les vicissitudes de l'Economique et du Politique.

« Aussi bien nos pensées doivent-elles être des actes selon la féconde tradition lyautéenne. Il faut que nos énergies se tendent, que les courants d'opinion nécessaires se créent ou se réforment, qui doivent permettre à la France de continuer et d'accélérer encore cette œuvre d'évolution sociale dont elle a pris la charge et les responsabilités.

« Il faut souhaiter surtout que les jeunes, instruits dans nos Ecoles et nos Facultés, tournent leurs regards vers l'Occident, sachent qu'il leur faut se garder des refus stériles, mais œuvrer dans cet esprit d'humanisme dont est imprégnée la culture qu'ils ont reçue. L'avenir du monde n'est pas dans la technique qui n'est qu'un des outils de la civilisation, mais bien dans la généralisation de cet esprit de tolérance, de compréhension et de collaboration qui leur a été enseigné et qui a inspiré le suprême message de LYAUTEY :

« *Ici repose Louis Hubert Gonzalve Lyautey*, qui fut le » premier Résident Général au Maroc (1912-1925). Décédé » dans la religion catholique dont il reçut en pleine foi les » derniers sacrements.

« Profondément respectueux des traditions ancestrales et » de la religion musulmane gardée et pratiquée par les » habitants du Moghreb, auprès desquels il a voulu reposer » en cette terre qu'il a tant aimée.

« Dieu ait son âme dans sa paix éternelle. »

« Message qui rejoint celui de ce verset de la deuxième sourate :

« En vérité, quant à ceux qui croient et ceux qui sont » juifs, chrétiens ou sabéens, et quiconque croit en Allah et » au jour dernier et qui fait le bien, à ceux-là est réservé » leur récompense auprès de leur Seigneur, il n'y aura » point de craintes pour eux et ils ne seront point affligés. »

Ainsi se réalisera la vue prophétique du créateur du Maroc moderne :

« Ce que je rêve, c'est que, parmi tant de désordres qui » ébranlent le monde, il s'élabore au Maroc un édifice » solide, ordonné, harmonieux, qui offre le spectacle d'un » groupement humain, où des hommes, divers d'origine et » de race, poursuivent, sans rien abdiquer de leurs concep- » tions individuelles, la recherche d'un idéal commun, » d'une commune raison de vivre. »

« Et, au delà des particularismes et en un siècle où les destins des peuples s'enchaînent, rien, ni personne ne pourront alors, sur cette terre d'Islam qui fut aussi celle de Saint Augustin, opposer le génie d'Avicenne à celui de Pasteur. »

CONCLUSIONS

Nous avons essayé de montrer, chiffres en mains, en la suivant année par année dans son développement, ce qu'avait été l'œuvre des médecins du Maroc.

Nous pouvons dire qu'elle a été considérable. Les épidémies qui décimaient la population ont été arrêtées, jugulées, pratiquement supprimées.

Les grands fléaux sociaux : misère, syphilis, paludisme, cancers, trachomes, tuberculose, ont été attaqués avec vigueur, et on peut espérer que bientôt ils tendront à disparaître.

C'est là le rôle protecteur, colonisateur et « colonialiste » que nous avons joué dans le pays. La meilleure preuve de l'efficacité de notre action médicale est l'augmentation importante de la population autochtone qui a plus que doublé en quarante ans.

Quelles sont les nations, dans le Monde, pouvant s'enorgueillir d'un pareil résultat, particulièrement parmi les plus farouches à attaquer le « colonialisme de la France » ?

Mais, à côté du rôle protecteur, les médecins du Maroc ont voulu remplir un rôle éducatif. Ce dernier est beaucoup plus difficile et sa réussite sera beaucoup plus lente et peut-être moins considérable.

Sans doute il existe au Maroc une élite que nous avons formée dans nos écoles, nos lycées, et dont l'évolution rapide est surprenante, mais, il faut bien le dire, est plus en surface qu'en profondeur, plus apparente que réelle.

Quand à la masse, elle reste encore très attachée à ses vieilles superstitions, ses vieilles coutumes, et il sera long de les lui extirper.

On ne change pas l'âme d'un peuple en quarante ans, on ne le soustrait pas si facilement à ses superstitions. La tâche n'est pas achevée, les médecins ont obtenu, non toujours sans difficultés, que les Marocains acceptent la vaccination, mais l'hygiéniste a encore beaucoup à faire, notamment en ce qui concerne la protection de la mère et de l'enfant.

Quoi qu'il en soit, nos médecins savent qu'ils ne peuvent, dans ce domaine, avancer qu'avec lenteur.

Ils n'ont pas perdu patience, parce qu'ils ont la foi dans l'œuvre qu'ils poursuivent.

Le Médecin au Maroc a été et reste un magnifique instrument de civilisation, et c'est à lui que l'on doit, en grande partie, le rayonnement de la France dans ce pays, rayonnement qui, malgré quelques trublions — une minorité qui fait beaucoup de bruit et peu de bonne besogne —, n'est pas près de s'éteindre.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
F. PIECHAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 15 Juin 1953.
Le Recteur,
G. DELAGE.

ANNEXE I

(Extrait du Projet de Budget
de la Santé Publique et de la Famille, exercice 1953.)

Créations et extensions de formations sanitaires en 1952.

Région de Casablanca :

Extension de l'hôpital Colombani (service des enfants, des opérés).
Construction ou modernisation des infirmeries rurales de Bir Djedid, Boucheron, Sidi ben Nour et Berrechid.
Extension de l'hôpital de Mazagan.
Extension du sanatorium de Ben Ahmed.
Extension de l'hôpital neuro-psychiatrique.
Extension du préventorium de Sidi el Ayachi.
Ouverture du préventorium d'Aïn Chock.
Ouverture des salles de visite de l'Oued Derna, Bezon, Foun Jemaa et Taguelft.
Aménagements des salles de visite des Aït M'hamed, Tillouguit, Zaouia es Cheik.

Région de Rabat :

Extension de l'hôpital Moulay Youssef (ouverture de deux pavillons de tuberculeux osseux).
Ouverture d'un pavillon de cure à l'hôpital civil de Port-Lyautey.
Ouverture de l'hôpital territorial d'Ouezzane.
Extension des infirmeries d'Arbaoua et de Souk-el-Arba.
Ouverture des salles de visite de la Jacqueline, Lalla Mimouna, Dar Guédari, Sidi Redmane.
Modernisation de Téroual.

Région de Marrakech :

Modernisation de l'hôpital Mauchamp.
Ouverture, à Marrakech, du Centre de Santé de l'Arsa Moha et, à Mogador, du Centre de Santé Charles Bouveret.
Ouverture des hôpitaux ruraux des Aït Ourir, Djema Sahim, des Skhours et de Taliouine.

Extension du sanatorium de l'Amerchich qui passe à 225 lits (ouverture d'un pavillon de cure).
Ouverture de la salle de visite de Louis Gentil.
Aménagements des salles de visites de Taalate N'Yacoub, Toudount, Souk el Had du Draa - Ouriki.

Région de Fez :

Modernisation de l'hôpital Cocard, à Fez, et de l'hôpital René Darbas, à Taza.
Ouverture des nouvelles infirmeries d'Aknoul et de Tahala.
Ouverture des salles de visite d'Ouizerth, Aïn Boukelal, Bab el Morory, Tafrant, Souk selt Djemaa, Oued Mikkes, Ras el Oued.
Aménagements des salles de visite de Beni Lent, Immouzer des Marmouchas, Moulay Boucheta, Aïn Aïcha, Tahar Souk.

Région de Meknès :

Dispensaire du Palais.
Ouverture d'un preventorium (Antoinette-Pagnon), 100 lits.
Extension des hôpitaux ruraux de Midelt, Erfoud, Ksar-es-Souk;
Ouverture des salles de visite de Beni Tadjet, Aït Hani Tinjdad.
Modernisation des salles de visite d'Outerbat et Amouguer.

Région d'Oujda :

Ouverture du dispensaire du Lazaret.
Ouverture de l'hôpital rural de Berkane.
Ouverture des salles de visite de Tenaga, Bou Arfa, Beni Drar.

Région d'Agadir :

Ouverture de la maison de cure d'Inezgane.
Extension des hôpitaux de Tirnet et de Bou Izakarne.
Salles de visite de Jebt Dozal, Targua, N'Touchka, Aït Ahmed, Tahala, Tasserirt, Affena, Tghir, Aït Berachk, Akhssas, Akka.

N. B. - Les statistiques pour 1952, non encore rendues officielles en juin 1953, n'ont pu m'être communiquées à temps.

ANNEXE II

Réalisations 1953. — Créations et extensions.

(Non compris les cinq grands hôpitaux franco-marocains de Rabat, Meknès, Ben Sminn, Oujda et Safi.)

Région de Casablanca :

Extension de l'hôpital Jules-Colombani (service des contagieux, service des urgences, laboratoires, foyer, internat).
Centre antituberculeux d'Aïn Chock.
Preventorium de Ben Ahmed.
Ouverture de la salle de visite de Foucauld.
Extension de l'hôpital rural de Beni Mellal.
Infirmerie de Ben Ahmed et d'Azilal.
Hôpital neuro-psychiatrique d'El Hassar.
Sept salles de visite rurales.

Région de Rabat :

Transformation de l'hôpital civil de Port-Lyautey en hôpital franco-marocain (1re tranche).
Modernisation de l'hôpital Yves-Machoire de Port-Lyautey.
Maternité de l'hôpital Moulay-Youssef.
Surélévation de l'hôpital de Salé.
Extension de l'hôpital ophtalmologique de Salé.
Transformation en hôpitaux ruraux des infirmeries de Petitjean et de Khemisset.
Trois salles de visite rurales.

Région de Meknès :

Extension de l'hôpital Sidi-Saïd (pavillon de consultations).
Reconstruction de la polyclinique Poulain.
Dispensaire Sidi-Amar.
Achèvement des hôpitaux ruraux de Midelt, Ksar es Souk et Erfoud.
Transformation en hôpitaux ruraux de l'infirmerie de Khenifra, des infirmeries de Talsint et d'Aïn Leuh.
Six salles de visite rurales.

Région de Fez :

Dernière tranche de la modernisation de l'hôpital Cocard (service des consultations et services administratifs, internat).
Centre de santé de Bab el Hadid ((1re tranche).
Infirmerie de Tissa et de Taounate.
Pouponnière d'Immouzer du Kandar.
Aerium de Mesdra Jorf.
Quatre salles de visite rurales.

Région d'Oujda :

Ouverture de la nouvelle infirmerie de Taourirt.
Infirmerie de Berguent.
Hôpital rural de Berkane (clôture, dépendances, logements).
Ouverture de l'infirmerie de Zellidja.
Deux salles de visite rurales.

Région de Marrakech :

Dernière tranche de modernisation de l'hôpital Mauchamp.
Ouverture du nouvel hôpital ophtalmologique de Bab Khemis.
Extension de la maternité de Marrakech.
Laboratoire régional de Marrakech.
Transformation de l'hôpital Henri-David de Safi.
Infirmeries d'Amismiz et de Chichaoua.
Six salles de visite rurales.
Dispensaire de Demnate.

Région d'Agadir :

Extension de l'hôpital civil d'Agadir (maternité, consultations).
Extension de l'hôpital de Taroudant.
Modernisation de la maison de cure d'Inezgane.
Cinq salles de visite rurales.

Zone de Tanger :

Reconstruction du Dispensaire Cot.

BIBLIOGRAPHIE

BELANGER. — Un médecin français au Maroc en 1880 : le Docteur F. Linarès. Thèse, Bordeaux, 1940, n° 55.

BEROS, JOBARD et VENDEUVRE. — Rapport sur l'amibiase au Maroc. *Maroc Médical*, 1925.

BLANC & BALTAZARD. — Les ectoparasites humains dans l'épidémiologie de la peste. *Maroc Médical*, 1943.

BLANC & BALTAZARD. — Vaccination contre le typhus exanthématique. Son application au Maroc. *Revue d'Hygiène*, 1939-1940.

BLANC & BALTAZARD. — Transmission et conservation naturelles des typhus. Immunité. Epidémiologie. Prophylaxie. *Arch. de l'Institut Pasteur du Maroc*, 1944.

BLANC (G.). — Chronique du typhus murin chez l'homme. *Arch. de l'Institut Pasteur du Maroc*, 1944.

BONJEAN (Michel). — L'épidémiologie du paludisme au Maroc. Thèse, Lyon, 1947.

BRÉVIÈRE (A.). — Contribution à l'étude épidémiologique du paludisme au Maroc. Thèse, Paris, 1933.

COLOMBANI & MAURAN. — Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publiques au Maroc. Rabat, 1922.

COLOMBANI. — Les Œuvres de Puériculture de l'Empire Chérifien. *Bull. Off. Int. Hygiène Publ.*, 1923.

COLOMBANI. — La protection sanitaire de l'Indigène au Maroc. Conférence faite aux J. M. coloniales de Paris, 1931. BLANC et GAUTHIER, Rabat, 1932.

COLOMBANI & LEPINAY. — Lutte antisyphilitique au Maroc. *Bull. Inst. d'Hyg. du Maroc*, 1935.

COLOMBANI. — La peste pneumonique au Maroc. *Bull. Off. Intern. Hyg. Publ.*, 1924.

COLOMBANI. — La vaccination antivariolique au Maroc. *Bull. Off. Intern. Hyg. Publ.*, 1929.

CARBOU (A.). — Le typhus murin. Sa présence chez l'homme au Maroc. Thèse, Montpellier, 1939.

CHATINIÈRES (Docteur Paul). — Dans le Grand Atlas Marocain. Extrait d'un carnet de route d'un médecin de l'Assistance Médicale indigène, 1912-1916. Plon Nourrit, édit., Paris, 1919.

CHENNEBAULT. — Plan de lutte antituberculeuse dans les milieux indigènes musulmans marocains. *Maroc Médical*, 1947.

DECOR (A.). — Vingt années d'une Maternité en milieu marocain urbain. *Bull. Inst. d'Hyg. du Maroc*, 1948.

DELANOE (P.). — Etude sur le trachome au Maroc. *Bull. de la Soc. de Path. exot.*, 1926.

DIRECTION DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES AU MAROC. — Manuel du Chef de secteur antipaludique au Maroc. Edit. Félix Moncho, Rabat. Statistiques médicales annuelles (1927 à 1951).

DOUTTE (Ed.). — Magie et religion dans l'Afrique du Nord. Adolphe Jourdan, édit., Alger, 1908.

DUHAMEL (Georges). — Paroles de médecins.

FOUCAULD (DE). — Reconnaissances au Maroc, 1887.

FLY (Sainte-Marie). — L'amibiase en milieu indigène marocain. *Maroc Médical*, 1938.

GAUD & BONJEAN (M.). — Epidémiologie du typhus historique dans l'Afrique du Nord. VII[e] Congrès annuel de la Fédération des Sc. Méd. d'Algérie et de Tunisie et du Maroc-Alger, mars 1937.

GAUD & SICAUD. — Alimentation indigène au Maroc. Rapport au II[e] Congrès international de la Soc. Sc. d'Hyg. alim., 1933.

GAUD & SICAULT. — Paludisme et lutte antipaludique au Maroc. *Bull. Inst. d'Hyg. du Maroc*, 1936.

GAUTHIER. — Mœurs et coutumes des Musulmans. Payot, 1949.

LACAPÈRE, LAURENT & DECROP. — La syphilis arabe.

LANGLAIS. — Prophylaxie du paludisme au Maroc. Thèse, Paris, 1920.

LAPIN. — La tuberculose chez l'indigène marocain. *Maroc Médical*, 1931.

MARMEY (Ch. et J.). — Contribution à l'étude de l'obstétrique au Maroc. *Bull. Inst. d'Hyg. du Maroc*, 1933.

MAUCHAMPS (D[r]). — La sorcellerie au Maroc. Dorbon, 1911.

MOULIERAS. — Le Maroc inconnu. Challamel aîné, édit., Paris, 1895.

NEVEU (D[r] R.). — L'état sanitaire de l'Afrique du Nord dans l'Antiquité et de nos jours.

PAGES. — Epidémiologie du trachome au Maroc. *Maroc Médical*, 1940.

PARISSET. — Trois mois de dératisation dans la vallée du Souss. *Bull. de la Soc. Path. exot.*, 1930.

PASCO. — Organisation sanitaire d'une exploitation minière au Maroc. Thèse, Bordeaux, 1940.

POLIEFF. — Résultats de mes recherches au Maroc sur l'étiologie du trachome. *Arch. roumaines de Path. exp. et de Microbiologie*, 1937.

PRAT. — Le nomadisme et la propagation des maladies contagieuses au Maroc. *Arch. de Méd. et Pharm. milit.*, 1922.

RAUD & SOYER. — Le paludisme dans la zone de Tanger. *Maroc Médical*, 1940.

Raynaud. — Etude sur l'hygiène et la médecine au Maroc. Baillière, édit., Paris, 1902.

Remlinger & Bailly. — La rage et le virus rabique au Maroc. *Bull. de la Soc. Path. exot.*, 1924.

Renaud. — La peste au Maroc. Rabat, 1922. Impr. S. G. M.

Sanguy. — Remarques sur la mortalité infantile musulmane. Ses causes et ses remèdes.

Sanguy. — Rapport sur la poussée épidémique de typhus survenue en 1946 à Casablanca. *Maroc Médical*, 1947.

Sanguy (Ch.). — Rapport sur l'épidémie de peste survenue à Casablanca en 1944. *Arch. de l'Inst. Pasteur du Maroc*, 1945.

Sicault, Sanguy & Chennebault. — L'équipement antituberculeux actuel au Maroc. *Maroc Médical*, 1946.

Sicault. — Prophylaxie et préservation sociale : médecine de masse et médecine individuelle. *Maroc Médical*, 1946.

Sicault. — La protection médico-sociale de l'Enfance au Maroc. *Maroc Médical*, 1948.

Sicault. — Epidémiologie de la variole au Maroc. *Bull. de l'Inst. d'Hyg. du Maroc*, 1942.

Sicault. — Les réalisations de la Médecine française au Maroc. Conférence faite aux Journées Médicales de Bordeaux, en octobre 1952, in *Journ. Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, II, 1953.

Speder. — La lutte contre le cancer au Maroc. *Maroc Médical*, 1942.

Thierry (H.). — Etude sur les pratiques et superstitions médicales des Marocains. Lefrançois, édit., Paris, 1917.

Weisgerber. — Au seuil du Maroc moderne.

Willemin-Clog. — De quelques particularités de la pathologie infantile au Maroc. *Maroc Médical*, 1945.

Willemin-Clog. — Note sur les variations de la mortalité infantile parmi la population européenne du Maroc (1938-1945). *Maroc Médical*, février 1948.

Pour les détails des travaux effectués sur la pathologie marocaine, on pourra se reporter au n° 296 du *Maroc Médical*, où l'on trouvera une bibliographie à peu près complète.

En outre : Rapports sur le projet de budget de la Santé Publique et de la Famille;
Bulletins d'Hygiène du Protectorat.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 9

Chapitre premier. — Avant l'arrivée des Français au Maroc 13

Chapitre II. — Les précurseurs 17

Chapitre III. — 1912 - Institution du protectorat 26

Chapitre IV. — L'équipement sanitaire du Maroc 35

Chapitre V. — La lutte contre les épidémies et les grands fléaux sociaux 50

Lutte contre la misère 55

Lutte contre le paludisme 56

Lutte contre la syphilis 65

Lutte contre la tuberculose 71

Lutte contre la peste 86

Lutte contre le typhus 90

Lutte contre la variole 92

Lutte contre le cancer 92

Protection de la mère et de l'enfant. — Lutte contre la mortinatalité et la mortalité infantile 94

Lutte contre le trachome et les maladies oculaires 108

Chapitre VI. — La recherche scientifique au Maroc 111

Chapitre VII. — La médecine libre au Maroc 114

Conclusions 123

Annexe I 125

Annexe II 127

Bibliographie 129

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, 3, place de la Victoire.